Haut Conseil de la Santé Publique

Objectifs de santé publique
Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004
Propositions

Collection
Avis et rapports

Avril 2010

Objectifs de santé publique :

Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions

TOME I : RAPPORT

SOMMAIRE

GLOSSAIRE 5

INTRODUCTION 9

PARTIE I : EVALUATION DES OBJECTIFS DE LA LOI RELATIVE A LA SANTE PUBLIQUE DU 9 AOUT 2004 13

CONSTAT GLOBAL 14
ANALYSE DES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE L'EVALUATION 19
CONSTAT PAR THEME 21
OBJECTIFS LIES AUX PRINCIPAUX DETERMINANTS 21
Risques liés aux addictions 21
Risques liés à la nutrition 24
Risques liés à l'environnement de travail et à l'environnement général 28
Traumatismes, violences routières 32
Risques liés aux soins 33
OBJECTIFS RELATIFS AUX PATHOLOGIES 35
Maladies infectieuses 35
Maladies chroniques 39
Maladies cardiovasculaires et métaboliques 39
Cancers 43
Maladies respiratoires 45
Rhumatologie 46
Neurologie 48
Maladies rares 50
Qualité de vie 52
Santé mentale 55
OBJECTIFS RELATIFS A LA SANTE AUX DIFFERENTS AGES 57
Personnes âgées 57
Femmes : santé de la reproduction 59
Autres problèmes de santé des femmes 62
Santé de l'enfant 63
Atteintes sensorielles 65
INEGALITES DE SANTE SOCIALES ET TERRITORIALES 66
SYNTHESE ET CONCLUSION GENERALE DE L'EVALUATION 67

PARTIE II : PROPOSITIONS D'OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE 71

PROPOSITIONS D'OBJECTIFS RELATIFS AUX DETERMINANTS DE SANTE 72

SANTE ENVIRONNEMENTALE ET SANTE AU TRAVAIL 73
SANTE ENVIRONNEMENTALE 75
SANTE AU TRAVAIL 83
ADDICTIONS 100
NUTRITION 114
RISQUES LIES AUX SOINS 132

PROPOSITIONS D'OBJECTIFS RELATIFS AUX PATHOLOGIES 148

MALADIES INFECTIEUSES 149
CANCERS 175
MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET METABOLIQUES 188
MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES 196
MALADIES NEUROLOGIQUES 200
MALADIES RARES 212
SANTE MENTALE DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT 219

IMPACT DES PATHOLOGIES SUR LA QUALITE DE VIE 225
PATHOLOGIES TRAUMATIQUES OU LIEES A LA VIOLENCE 230
PROPOSITIONS D'OBJECTIFS RELATIFS AUX GROUPES DE POPULATIONS 237
SANTE DE LA REPRODUCTION (OU SANTE GENESIQUE) 238
SANTE SEXUELLE 247
SANTE DE L'ENFANT 248
VIEILLISSEMENT 257
INEGALITES SOCIALES DE SANTE 261
PROPOSITIONS D'OBJECTIFS 263
DECLINAISON DES OBJECTIFS DE REDUCTION DES INEGALITES DE SANTE DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES 264
LES SYSTEMES D'INFORMATION POUR LA SANTE PUBLIQUE 274
PROPOSITIONS SPECIFIQUES ET A COURT TERME 276
PROPOSITIONS GENERALES 277

TOME II : ANNEXES du RAPPORT

Objectifs de la LPSP par thématique
Fiche type d'évaluation des objectifs
Résultats des indicateurs associés aux objectifs
Scannographie des 100 objectifs de la loi du 9 août 2004
Responsables des groupes de travail
Le Haut Conseil de santé publique
Personnes auditionnées

Ce rapport a été élaboré sous la responsabilité de Roger SALAMON, président du HCSP.

Sa rédaction a été coordonnée par Isabelle MOMAS, vice-présidente du HCSP, Béatrice TRAN et Brigitte HAURY, chargées de mission du Secrétariat général du HCSP.

Que soient remerciés tous les membres du HCSP, et tout particulièrement, pour leur implication en tant que responsables de groupes thématiques ou transversaux : Eric BILLAUD, Serge BRIANCON, François BOURDILLON, Jean-Paul BOUTIN, Marie-Hélène BOUVIER-COLLE, François BRICAIRE, Chantal CASES, Franck CHAUVIN , Mireille CHIRON, Laure COM-RUELLE, Pierre CZERNICHOW, Nelly DEQUIDT, Marcel GOLDBERG, Guy GOZLAN, Hélène GRANDJEAN, Serge HERCBERG, Martine HUOT-MARCHAND, Thierry LANG, Yves LE CARPENTIER, Franck LE DUFF, Catherine LEPORT, Patrick PERETTI-WATEL, Bernard PERRET, Pierre POLOMENI, Elisabeth SPITZ, Alain TRUGEON, Anne TURZ, Pierre VERGER et Denis ZMIROU.

L'équipe de rédaction remercie également les chargés de mission du Secrétariat général qui ont suivi les travaux des groupes et apporté leur appui à la rédaction de ce rapport, en particulier Gérard BADEYAN, Geneviève GUERIN, Corinne LE GOASTER et Claudine LE GRAND.

GLOSSAIRE

A

ABM	Agence de la biomédecine
Ademe	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
AESA	Apports énergétiques sans alcool
Afssa	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
Afsset	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
ALD	Affection de longue durée
Ame	Aide médicale de l'Etat
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
AT	Accident du travail
Atih	Agence technique de l'information hospitalière
AVC	Accident vasculaire cérébral

B

BDQA	Bases de données sur la qualité de l'air
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BMR	Bactérie multi-résistante
BNM	Besoin nutritionnel moyen
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive

C

Camp	Centre d'actions médico-sociales précoces
CClin	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CépiDc	Centre épidémiologique sur les causes médicales de décès
Cerc	Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion social
Cetaf	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
CIM 10	Classification internationale des maladies (10ème révision)
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
Cire	Cellule interrégionale d'épidémiologie
Clin	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CMR	Produits chimiques cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CnamTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Cnis	Conseil national de l'information statistique
CNR	Centre national de référence
COM	Collectivité d'outre-mer
Compaqh	Coordination pour la mesure de la performance et l´amélioration de la qualité hospitalière
Coset	Cohorte pour la surveillance épidémiologique en milieu de travail
Cosmop	Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession
CPDPN	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal
CSP	Catégories socioprofessionnelles
CTV	Comité technique des vaccinations
Cucs	Contrat urbain de cohésion sociale
CV	Couverture vaccinale

D

DADS	Déclaration automatisée des données sociales
Dares	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
Diact	Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DIV	Délégation interministérielle à la ville
DO	Déclaration obligatoire
DOM	Département d'outre-mer
Drass	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
Drees	Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques
DRT	Direction des relations du travail

E

EDP	Echantillon démographique permanent
EDS	Enquête décennale santé
EHS	Enquête handicap santé
Ehpad	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Evénement indésirable
EIG	Evénement indésirable grave
Emir	Effets indésirables des médicaments : incidence et risque
Eneis	Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins
Entred	Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques
ENNS	Etude nationale nutrition santé
ENP	Enquête nationale périnatale
EPA	*Environmental Protection Agency*
Epac	Enquête permanente sur les accidents de la vie courante
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
ESPS	Enquête sur la santé et la protection sociale

F

FNATH	Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés
Fnors	Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé
Francim	France-Cancer-Incidence et Mortalité (Réseau français des registres du cancer)

G

GEU	Grossesse extra-utérine
GTNDO	Groupe technique national de définition des objectifs

H

Halde	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HID	Handicaps, incapacités, dépendances
HTA	Hypertension artérielle

I

IAS	Infection associée aux soins
IC	Intervalle de confiance
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
Ifen	Institut français de l'environnement
IMC	Indice de masse corporelle

IMG	Interruption médicale de grossesse
Inca	Institut national du cancer
Ined	Institut national d'études démographiques
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
IOTF	*International Obesity Task Force*
IPAQ	*International Physical Activity Questionnaire*
IPAQSS	Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
IPP	Incapacité permanente partielle
IRC	Insuffisance rénale chronique
IRD	Institut de recherche pour le développement
Iresp	Institut de recherche en santé publique
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Iris	Ilots regroupés pour l'information statistique
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse

L

Loi HPST	Loi Hôpital, patients, santé et territoires

M

MICI	Maladies inflammatoires chroniques intestinales
MDO	Maladies à déclaration obligatoire
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
Monica	*Multinational Monitoring of trends and determinants in Cardiovascular disease*
MP	Maladie professionnelle
MSA	Mutualité sociale agricole

O

Odas	Observatoire de l'action sociale décentralisée
OFDT	Observatoire français des drogues et toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
Oned	Observatoire de l'enfance en danger
ONISR	Observatoire national interministériel de sécurité routière
OQAI	Observatoire de la qualité de l'air intérieur
ORS	Observatoire régional de la santé
Oscour	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

P

PCS	Profession et catégorie socioprofessionnelle
PIB	Produit intérieur brut
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNLT	Plan national de lutte contre la tuberculose
PNMR	Plan national maladies rares
PNNS	Plan national nutrition santé
PNSE	Plan national santé environnement
Prime	Prospective sur l'infarctus du myocarde
PSDP	Pneumocoques à sensibilité réduite à la pénicilline

PST	Plan santé au travail
PVD	Pays en voie de développement

R

Raisin	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
RCP	Rencontres de concertation pluridisciplinaire
REIN	Réseau épidémiologie et information en néphrologie
Rep	Réseau d'éducation prioritaire
RMI	Revenu minimal d'insertion
RMM	Revue de mortalité et morbidité
RNIPP	Répertoire national d'identification des personnes physiques
RSI	Régime social des indépendants

S

Sarm	Staphylococcus aureus résistant à la méticilline
Sfar	Société française d'anesthésie et de réanimation
SFNV	Société française neurovasculaire
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SLD	Soins de longue durée
SMR	Service médical rendu
Sniir-am	Système national d'information inter régimes d'assurance maladie
SRLF	Société de réanimation de langue française
Sros	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation
Sumer	Surveillance médicale des risques
Suvimax	Supplémentation en vitamines et minéraux anti-oxydants

T

TMS	Troubles musculo-squelettiques

U

UE	Union européenne
UFSDB	Union française pour la santé bucco-dentaire
Unaf	Union nationale des associations familiales

V

VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Z

Zep	Zone d'éducation prioritaire

Introduction

Contexte, historique

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a instauré une démarche structurée pour la définition, la conduite et l'évaluation des politiques de santé en France. Elle a créé un cadre méthodologique fort, visant à améliorer la pertinence, la lisibilité et la performance des politiques de santé.

Mettant en exergue l'importance de la prévention, de la réduction de la mortalité prématurée et des inégalités de santé entre régions ou groupes de personnes, la loi définit des objectifs de santé quantifiés, susceptibles d'être atteints dans la population ou dans des groupes de population au terme d'une échéance pluriannuelle de cinq ans. Elle les assortit de plans d'action propres à contribuer à leur réalisation.

Les cent objectifs annexés à la loi du 9 août 2004 résultaient de la réflexion menée par le groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO)[1], à partir de l'analyse des rapports du Haut Comité de la santé publique sur l'état de santé en France[2], de la consultation de multiples instances, notamment de la Conférence nationale de santé, et des propositions de l'OMS portant sur la définition d'indicateurs synthétiques de mortalité et d'impact sur la qualité de vie[3].

L'éventail d'objectifs ainsi définis était destiné à refléter l'état de santé de la population et à cibler des champs dans lesquels des progrès étaient effectivement réalisables, sans viser l'exhaustivité.

Le Haut Conseil de la santé publique, créé par la même loi du 9 août 2004 et mis en place en mars 2007, a pour mission d'évaluer la réalisation de ces objectifs, de contribuer à leur (re)définition, de contribuer au suivi annuel de la mise en œuvre de la loi, ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et des stratégies de prévention.

Contenu du rapport

Le présent rapport présente ainsi le résultat des travaux réalisés, dans le cadre de ces missions, en vue de faire des propositions et des recommandations pour une prochaine loi de santé publique.

Le rapport se décompose en deux parties :

- L'évaluation des objectifs de la loi de santé publique d'août 2004,

- Les propositions d'objectifs pour la prochaine loi. Cette partie porte sur des propositions d'objectifs spécifiques répartis de manière thématique et sur des recommandations d'ordre plus général en matière d'inégalités sociales de santé et de systèmes d'information nécessaires au suivi des objectifs.

Le HCSP souhaite attirer l'attention des lecteurs de ce rapport sur la nécessité de distinguer les objectifs de santé dles politiques qui visent à les atteindre. En effet, les objectifs, qui sont utilisés pour piloter et évaluer ces politiques, ont été exprimés, dans la loi d'août 2004 et repris dans les propositions du HCSP, selon une approche thématique, en termes d'amélioration de résultats de santé ou de réduction de niveaux d'exposition à des risques, voire de développement ou d'amélioration de pratiques préventives ou curatives.

Cette modalité d'expression est différente, sans être contradictoire, avec l'approche positive de la prévention et de la promotion de la santé telle qu'elle est préconisée dans la Charte d'Ottawa : celle-ci vise l'ensemble des déterminants de la santé susceptibles d'être modifiés, par le biais d'actions de promotion de la santé, en particulier, ayant pour but de donner aux populations et aux individus « les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci »[4]. En effet, la politique de santé concourt, avec bien

[1] Ce groupe a été constitué sous l'égide de la DGS, en étroite collaboration avec l'INSERM, de représentants des différentes institutions impliquées dans l'élaboration et la production des informations de santé, ainsi que d'experts issus des différents domaines de la santé publique.
[2] La santé en France. Rapport du Haut comité de santé publique. La documentation française. 2002. 410 pages.
[3] OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine. 262 pages.
[4] Charte internationale signée à Ottawa en 1986.

d'autres paramètres sociaux, économiques et culturels au développement continu de la santé des populations. C'est pourquoi, pour accroître les capacités des personnes à choisir ce qui influence favorablement leur santé, une approche globale et intersectorielle des politiques publiques s'impose.

Ce rapport est centré sur les objectifs de santé nécessaires et pertinents en matière de santé publique. Les politiques à mettre en place sont évoquées, lorsqu'elles ont un lien étroit avec les objectifs abordés, mais leur définition n'a pas été approfondie dans ce travail du HCSP.

Méthodes et modalités de travail

Phase d'évaluation

Les indicateurs de suivi des objectifs annexés à la loi d'août 2004 ont été définis en 2005[5] par un groupe de travail coordonné par la direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (Drees) et la direction générale de la santé (DGS), composé des principaux producteurs de données dans le champ sanitaire et social et d'experts de chacun des thèmes considérés. Les indicateurs disponibles ont ainsi été identifiés et les besoins complémentaires précisés. Depuis 2006, la Drees réalise le suivi annuel de ces indicateurs[6].

L'examen systématique des cent objectifs de santé publique annexés à la loi de 2004 par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), débuté en juin 2007, s'est décomposé en plusieurs phases :

1. Détermination, pour chaque objectif, de son caractère évaluable, défini par quatre critères *a priori* requis pour évaluer son degré d'atteinte dans la période 2004-2009 : objectif formulé sous une forme quantifiable ; indicateur(s) associé(s) défini(s) de façon claire, dès le début de la période couverte par la loi (2004-2009)[7] ; niveau de référence connu ; mesure comparative des indicateurs possible au cours de la période d'évaluation.
2. Détermination, pour les objectifs évaluables, du niveau d'atteinte à travers la mesure des indicateurs associés. Une fiche d'évaluation standardisée, construite par la commission spécialisée « évaluation, stratégie et prospective » pour recueillir ces éléments, a été systématiquement utilisée.

   Les experts du HCSP se sont appuyés sur les données de suivi des indicateurs associés aux objectifs de la loi, publiées par la Drees, complétées le cas échéant par d'autres sources[8].
3. Emission d'une conclusion sur le degré d'atteinte de l'objectif et sur l'opportunité de reconduire l'objectif sous sa forme actuelle ou modifiée en vue de la prochaine loi quinquennale.
4. Repérage, au sein des plans, programmes et actions de santé publique en rapport avec l'objectif, des actions ayant pu contribuer à la réalisation de cet objectif ou, au contraire, ayant eu une influence opposée ; le but était d'une part, d'estimer la mise en œuvre des politiques en rapport avec les objectifs énoncés par la loi, d'autre part de porter un jugement sur leur impact réel.

Cette évaluation a été organisée autour de 19 thématiques de santé publique, au sein de groupes rassemblant des personnalités qualifiées et des représentants des agences de santé auprès du HCSP, constitués au sein des commissions spécialisées, sous la responsabilité de leurs présidents. Certains groupes étaient transversaux à plusieurs commissions. Un pilote, désigné dans chaque groupe, avait la charge de rapporter les travaux à la commission spécialisée.

Il a été procédé, lorsque cela était possible, à l'examen de documents d'évaluation interne ou de suivi des actions, mis à disposition par les autorités de santé, et à des auditions de responsables d'actions et de personnalités compétentes. Cette démarche, qui a été conduite de façon inégale selon les sujets, n'a pas permis d'obtenir une analyse homogène approfondie sur la relation des politiques conduites avec l'évolution des indicateurs.

[5] Rapport "Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique". Juillet 2005.
[6] Rapports Drees « L'état de santé de la population en France » en 2006, en 2007 et en 2008 et mise à jour des données en 2009.
[7] Notamment dans le Rapport du groupe de travail DGS-Drees sur les indicateurs associés aux objectifs de la loi de santé publique de juillet 2005.
[8] Rapports ou publications de l'InVS, la Dares, la CnamTS, l'Afssaps, le ministère de l'intérieur, l'Observatoire national interministériel de sécurité routière, les sociétés savantes …

En septembre 2008, un premier bilan global quantitatif a été réalisé, intitulé « scannographie » de l'atteinte des 100 objectifs.

Pour chacune des thématiques, une synthèse a été rédigée au cours du premier trimestre 2009, dans la plupart des cas par le pilote du groupe thématique.

Deux séminaires d'évaluation ont été organisés par le président du HCSP (28 février–1er mars 2008 et 30-31 mars 2009). Ils rassemblaient, outre les présidents de commissions spécialisées, quelques personnalités qualifiées en santé publique et en évaluation, ainsi que le secrétariat général du HCSP. Ils ont permis de faire la synthèse des travaux et de dégager des orientations pour la formulation des objectifs suivants, sous la forme d'un cahier des charges.

Un retour d'information et une validation des conclusions de l'évaluation ont été organisés avec les pilotes de groupes thématiques, sous la coordination de la vice-présidente du HCSP.

Phase d'élaboration de nouveaux objectifs

Toutes les personnalités qualifiées du HCSP ont été interrogées par questionnaire, par le président du HCSP, pour identifier de nouvelles thématiques pouvant se traduire sous la forme d'objectifs dans la prochaine loi.

Sur la base des groupes thématiques constitués lors de la phase d'évaluation, plusieurs séries de réunions de travail, rassemblant les pilotes thématiques et coordonnées par la vice-présidente du HCSP, ont été organisées, en vue de concrétiser de nouvelles formulations d'objectifs, principalement à partir de la phase d'évaluation, mais également des éléments issus des réponses des experts au questionnaire.

Dans la plupart des cas, les propositions rédigées par les pilotes de thèmes ont été élaborées en articulation avec un groupe de travail préexistant ou avec l'ensemble de la commission spécialisée concernée. Dans certains cas, des personnalités extérieures au HCSP ont été associées à la réflexion ou à la rédaction des propositions. Enfin, les représentants d'organismes comme les agences de santé et la HAS, membres de droit du HCSP, ont participé à cette élaboration de façon variable selon les thèmes, certains par une implication à part entière au sein d'un groupe de travail ou des commissions, d'autres par le biais de la relecture, lors de la finalisation des contributions.

Entre janvier et mars 2010, l'ensemble des propositions a été soumis pour validation à chacune des commissions spécialisées. Une lecture critique transversale a été conduite en dernier lieu par la commission « évaluation, stratégie et prospective » avant présentation pour avis au collège.

Principes retenus pour l'élaboration des objectifs

Dans la deuxième partie du rapport, le HCSP propose une révision des objectifs de santé selon un échéancier couvrant, comme la précédente loi, une période de cinq ans. Cette durée quinquennale pourra, dans certains cas, être considérée comme l'échéance adéquate pour mesurer l'atteinte de l'objectif, mais dans certains autres cas (objectifs de santé concernant des événements d'évolution lente, à l'échelle de la décennie ou plus), la mesure proposée à cinq ans sera à prendre en compte comme un résultat intermédiaire d'un objectif de plus long terme.

Le choix des objectifs répond le plus souvent possible à un souci de prise en considération des connaissances les plus récentes de leur impact sur la santé. Lorsque cela a été possible, il a été fait également référence à une analyse des actions pouvant être mises en œuvre, même si cette analyse n'est pas systématiquement exposée dans ce document.

Le choix de la quantification des objectifs spécifiques est un arbitrage d'experts à partir des données disponibles (situation actuelle documentée) et de la prise en compte raisonnable de la faisabilité et de la possibilité d'atteindre un niveau qui a, dans tous les cas, un impact significatif en termes de santé publique.

Aucune priorité n'a été faite entre les différentes thématiques, afin de couvrir de façon très large les problèmes de santé qui doivent aujourd'hui être pris en considération par les pouvoirs publics.

Les propositions correspondent :

- à la poursuite d'objectifs considérés encore pertinents, éventuellement déjà atteints, qui sont à renforcer ou à réajuster en fonction du niveau actuel des indicateurs qui leur sont associés ;
- à la reformulation d'objectifs dont le thème est jugé important mais dont l'expression en 2004 ne permettait pas de les évaluer de façon adéquate (formulation trop complexe, indicateur non mesurable, absence de connaissances préalables requises) ;
- à l'élaboration d'objectifs nouveaux.

Ces propositions sont organisées au sein de ***thèmes de santé publique qui constituent autant d'axes stratégiques d'une politique de santé***, selon trois grandes rubriques :

- les objectifs liés aux principaux déterminants de santé : ils permettent d'envisager des actions de prévention ou de dépistage ;
- les objectifs relatifs aux principales pathologies ou situations pathologiques : ils permettent d'aborder les résultats de la politique en termes d'impact sur la santé mais aussi de traiter divers aspects relatifs à la prise en charge de ces pathologies ;
- les problématiques particulières de certaines populations cibles, en particulier liées aux âges de la vie.

Par souci de cohérence interne, chaque thème se décline en ***objectifs généraux***, illustrant ces axes stratégiques et pouvant être concrétisés à travers des actions dédiées. A chaque objectif général sont associés un ou plusieurs objectifs spécifiques, qui précisent la nature des résultats à atteindre.

Dans la mesure du possible, la définition d'objectifs en termes de résultats de santé mesurables ou d'expositions des populations aux risques, a été privilégiée. Cependant, des objectifs spécifiques exprimés en termes de processus ou d'actions ont été également proposés, mais en complément des précédents, de façon à respecter une primauté systématique des objectifs d'impact sur la santé vis-à-vis des objectifs de moyens et actions à mettre en œuvre.

Chaque thème comporte aussi, la plupart du temps, un ensemble de propositions d'actions spécifiques et transversales, cohérentes avec les objectifs proposés.

Enfin, deux chapitres transversaux viennent ensuite compléter les propositions d'objectifs par thématique de santé : un sur les inégalités de santé et l'autre sur les systèmes d'information.

Le chapitre sur les inégalités sociales de santé propose de modifier l'abord de cette problématique en s'intéressant au gradient qui traverse la société française dans son ensemble. Cette nouvelle approche, qui implique une adaptation sur le long terme des politiques publiques, ne doit pas occulter la nécessité de continuer à mener des actions spécifiques en direction des populations les plus exposées.

Le chapitre sur les systèmes d'information fait plusieurs propositions dont la mise en œuvre permettra, notamment, de disposer d'indicateurs de suivi des différents objectifs thématiques.

PARTIE I : Evaluation des objectifs de la loi relative à la santé publique du 9 août 2004

Constat global

Les cent objectifs annexés à la loi de 2004 peuvent être caractérisés et classés selon leur nature, en trois catégories :

- 56 objectifs décrivent des résultats en matière d'état de santé (mortalité, morbidité) ;
- 24 objectifs concernent des déterminants ou des facteurs influençant la santé ;
- 20 objectifs ont trait à des activités ou à des procédures de soins ou de prévention.

En raison de leur nature, d'une formulation parfois complexe, ou comportant différents volets, certains objectifs seraient susceptibles d'appartenir à plusieurs de ces catégories, mais pour simplifier la lecture, ils ont été affectés à une seule.

Un peu plus de la moitié des objectifs de la loi du 9 août 2004 (56 sur 100) ont été considérés évaluables en 2009.

Parmi ces 56 objectifs, 10 s'avèrent globalement atteints et 13 ne le sont que partiellement, c'est-à-dire pour au moins l'une des populations cibles qu'ils visaient ou l'un des sous-objectifs qu'ils comportaient.
Parmi les 33 objectifs non atteints, les indicateurs associés évoluent favorablement, dans le même sens que le niveau attendu, pour 14 d'entre eux. Toutefois, sont regroupés, dans cette catégorie, des cas dont l'évolution est encore trop lente pour atteindre le niveau visé au terme de la loi, et d'autres dont l'évolution, d'après les données disponibles, semble compatible avec une atteinte de l'objectif en fin de période.
Enfin, pour 19 objectifs, soit il ne se dégage aucune tendance, soit la tendance est défavorable.

Quant aux 44 objectifs non évaluables, ils se répartissent de la façon suivante :

- 19 étaient non quantifiés ; ils portaient sur l'altération des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie liée aux pathologies chroniques invalidantes, ou faisaient intervenir des dimensions sociétales ou éthiques ;
- 25 étaient quantifiables :
  - mais 7 d'entre eux ne disposaient pas d'indicateurs ;
  - pour 4 d'entre eux, l'indicateur n'a pas été renseigné sur la période ;
  - 14 ne présentaient qu'une mesure isolée, sans possibilité de comparaison au cours de la période d'évaluation.

1°) <u>Le degré d'atteinte de l'objectif a pu être établi en 2009 pour 56 objectifs</u>

A) <u>Objectifs globalement atteints : 10</u>

Dix objectifs peuvent être considérés globalement atteints, avec cependant des nuances.

- Thème nutrition :

O12 (obésité de l'enfant) : est entaché de fortes inégalités entre catégories socioprofessionnelles (CSP) ;
O9 (sédentarité) : l'indicateur ne concernait que les adultes, aussi la situation chez les enfants n'a-t-elle pas été étudiée.

- Thème maladies infectieuses :

O36 (incidence du sida) : le niveau requis était déjà atteint avant la promulgation de la loi ;
O38 (tuberculose) : est atteint en moyenne, mais il ne l'est pas dans les régions à très forte prévalence, qui concentrent l'essentiel des cas ;
O40 (mortalité par diarrhée du nourrisson et des personnes âgées) : les événements sont peu nombreux et les tendances par conséquent difficiles à interpréter.

- Thème traumatismes, violences routières :

O14 (accidents routiers mortels liés au travail) : la tendance à la réduction est semblable à celle observée en dehors du milieu du travail, d'où une réserve sur la part attribuable de cette réduction aux actions de prévention en milieu professionnel.

- Thème cancers :

O53 (stratégie de dépistage du cancer colorectal) : bien que non assorti d'indicateur, la montée en charge puis la généralisation du dépistage a permis de porter un jugement positif.

- Thème maladies cardiovasculaires et métaboliques :

O69 (mortalité associée aux maladies cardiovasculaires)
O70 (hypercholestérolémie) : l'atteinte de l'objectif est mesurée sur une période non de 5, mais de 10 ans.
O80 (stabilisation de l'incidence de l'insuffisance rénale chronique) : l'incidence est globalement stabilisée, mais en augmentation parmi les personnes de plus de 75 ans : ceci pourrait être le reflet positif de multiples facteurs conduisant à un plus grand accès à la dialyse aux âges avancés.

B) <u>Objectifs partiellement atteints : 13</u>

Ceci correspond aux objectifs qui concernaient plusieurs populations cibles ou comportaient plusieurs sous-objectifs (notamment un de résultat et un de process), lorsque le niveau requis était atteint, au moins dans l'une des populations cibles ou pour l'un des sous-objectifs.

- *Thème addictions :*

O4 (tabagisme passif) : la réduction du tabagisme passif était obtenue dans les lieux de travail, lycées, lieux de convivialité, sans qu'on ait pu mesurer objectivement une disparition totale dans les établissements scolaires ;
O56 (incidence du VIH et du VHC chez les usagers de drogue) : l'objectif était atteint pour l'incidence du VIH, mais les données relatives au VHC étaient hors période ;
O58 (amélioration du traitement de substitution des usagers de drogues): il était atteint en tendance globale, mais il n'y avait pas de données dans les prisons.

- *Thème nutrition :*

O10 (consommation de fruits et légumes) : est atteint en moyenne, mais pas dans les CSP défavorisées, ni chez l'enfant ;
O11 (consommation de sel) : est quasiment atteint chez les femmes, pas chez les hommes.

- *Thème environnement :*

O20 et O21 (pollution atmosphérique) : l'exposition à certains polluants n'est pas encore suffisamment réduite : PM_{10} (particules en suspension dans l'air, d'un diamètre aérodynamique inférieur à 10 micromètres), ozone, mercure.

- *Thème maladies infectieuses :*

O42 (couverture vaccinale) : les niveaux de couverture vaccinale sont variables selon les vaccinations et les classes d'âge.

- *Thème santé de l'enfant :*

O91 (santé bucco-dentaire) : le bilan est positif, en moyenne chez les enfants de 12 ans, mais pas dans certaines CSP ; le bilan est négatif chez les enfants de 6 ans.

- *Thème maladies cardiovasculaires et métaboliques :*

O71 (hypertension artérielle) : il est atteint chez les femmes, mais pas chez les hommes.
O73 (insuffisance cardiaque) : le bilan est positif concernant la mortalité, mais pas la fréquence des décompensations aiguës.

- *Thème qualité de vie :*

O31 (douleur post-opératoire, cancéreuse et lors de soins aux enfants) : le niveau concernant la douleur lors de l'accouchement était déjà atteint avant la promulgation de la loi. En revanche, les autres dimensions de l'objectif ne sont pas évaluées à ce jour.

- *Thème violence routière :*

O94 (décès et séquelles lourdes par accident routier) : l'objectif exprimé en termes de mortalité est atteint, mais la fréquence des séquelles lourdes reste non évaluée à ce jour.

C) Tendance favorable observée : 14

- *Thème addictions :*

O3 (tabagisme quotidien) : le bilan était en tendance favorable mais de niveau encore insuffisant parmi les femmes, et négatif pour les hommes et dans certaines CSP.

- *Thème environnement :*

O22 (eau de boisson) : la qualité microbiologique s'améliore, mais insuffisamment sur la durée de la période d'évaluation, et la teneur des eaux en pesticides pose souvent problème.

- *Thème risques liés aux soins :*

O26 (iatrogénie hospitalière) : l'objectif est en tendance favorable pour les infections nosocomiales, non évalué pour les autres indicateurs.

- *Thème maladies infectieuses :*

O30 (résistance aux antibiotiques) : dans cet objectif à multiples composantes, la tendance est favorable pour la résistance à la méticilline des staphylocoques dorés hospitaliers et pour la résistance des pneumocoques ; la réduction observée des consommations d'antibiotiques est à tempérer, du fait de la constatation de profils d'utilisation non adéquats en médecine de ville.

- *Thème santé de l'enfant :*

O93 (mortalité par accidents de la vie courante) : la tendance évolutive est favorable entre 2000 et 2006, mais n'atteint pas le niveau de réduction souhaité de 50%.

- *Thème maladies cardiovasculaires et métaboliques :*

O54 (pratique des examens de surveillance du diabète) : l'évolution va dans le bon sens, mais l'objectif est encore éloigné du niveau visé.

- *Thème santé mentale :*

O92 (suicides) : évolution très lente, surtout chez les jeunes, avec de grandes disparités régionales.

- *Thème neurologie :*

O72 (accidents vasculaires cérébraux) : on observe une tendance à la stagnation de l'incidence, mais à partir des données d'un seul registre ; la réduction de la mortalité est difficile à interpréter et il n'y a pas de données concernant les séquelles fonctionnelles.

- *Thème rhumatologie :*

O82 (ostéoporose) : la tendance est régulièrement à la baisse depuis 1997, et jusqu'en 2007, sans qu'il soit possible de statuer sur l'atteinte de l'objectif en fin de période.

- *Thème cancers :*

O48 (cancer du col de l'utérus : incidence et couverture du dépistage)
O49 (survie des cancers et réalisation de réunions de concertation pluridisciplinaires)
O50 (cancer du sein), avec des disparités notables selon les CSP.

- *Thème maladies respiratoires :*

O74 (asthme)

- *Thème santé de la reproduction :*

044 (mortalité maternelle).

D) <u>Pas de tendance ou tendance défavorable : 19</u>

- *Thème addictions :*

O1 et O2 (consommation moyenne et usage à risque ou nocif d'alcool)

- *Thème nutrition :*

O5 (obésité de l'adulte)
O8 (rachitisme)

- *Thème environnement :*

O19 (exposition au radon)
O23 (intoxication au CO), avec de fortes disparités régionales
O25 (légionelloses), mais dont l'interprétation est difficile

- *Thème risques liés aux soins :*

O27 (EIG médicamenteux)

- *Thème maladies infectieuses :*

O39 (vaccination anti-grippale)
O41 et O43 (gonococcies, syphilis et dépistage des chlamydioses)

- *Thème maladies cardiovasculaires et métaboliques :*

O55 (complications du diabète)

- *Thème vieillissement :*

O78 (troubles de la statique pelvienne chez la femme) : l'évolution à la hausse est difficile à interpréter, en raison de probable biais de déclaration.

- *Thème inégalités sociales de santé :*

O33 (renonciation aux soins)

- *Thème cancers :*

O52 (surveillance des cancers thyroïdiens)

- *Thème qualité de vie :*

O88 (mortalité et qualité des personnes atteintes de drépanocytose) : seule une évaluation partielle de l'évolution de la mortalité et de l'âge au décès était réalisable, la mesure de la qualité de vie n'étant pas possible en absence d'indicateur défini.

- *Thème santé de la reproduction :*

O45 (mortalité périnatale)
O97 (accès à la contraception et à l'IVG)

- *Autre - hors thème :*

O66 (affections systémiques induisant des complications ophtalmologiques)

2°) <u>Le niveau d'atteinte de l'objectif est inconnu en 2009</u>

C'est le cas de 44 objectifs considérés « non évaluables » et de quelques objectifs en principe « évaluables ».

Les 19 objectifs non quantifiés étaient en grande partie en rapport avec l'altération des capacités fonctionnelles et de qualité de vie liée aux pathologies chroniques invalidantes, ou faisaient intervenir des dimensions sociétales ou éthiques :

- Objectifs 61 (marginalisation sociale et stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques)
- Objectifs 62, 63, 64, 65 (épilepsie de l'enfant, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques)
- Objectifs 67, 68 (atteintes sensorielles de l'enfant et l'adulte)
- Objectifs 75, 76 (qualité de vie des patients atteints de BPCO ou de MICI)
- Objectifs 77, 79 (endométriose, qualité de vie et pathologies mammaires bénignes)
- Objectifs 83, 84, 85, 87 (restrictions d'activité et limitations fonctionnelles : polyarthrite rhumatoïde, SPA, arthrose)
- Objectif 89 (accès au diagnostic anténatal)
- Objectif 90 (équité pour les patients atteints de maladies rares)
- Objectif 95, 96 (traumatismes intentionnels de l'enfance, troubles du langage).

Parmi les 25 objectifs quantifiés :

a) Sept étaient sans indicateurs :
   - O24 (bruit)
   - O29 (irradiations à visée médicale)
   - O35 (restrictions d'activité induites par les limitations fonctionnelles)
   - O57 (psychotiques chroniques en situation de précarité)
   - O60 (troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux traités selon bonnes pratiques)
   - O86 (lombalgies entrainant des limitations fonctionnelles)
   - O100 (prescriptions inadaptées chez les personnes âgées)

b) Quatre étaient sans valeur de référence :
   - O6 (carence en iode)
   - O13 (carence en folates)
   - O37 (hépatites chroniques)
   - O59 (troubles bipolaires non reconnus)

c) Un avait toutes les données disponibles en 2009 :
   - O46 (complication des GEU entraînant une stérilité) : l'hypothèse préalable sous-tendant la définition de l'objectif n'était pas démontrée et la mesure des indicateurs définis ne documentait pas l'évolution de l'objectif : l'interprétation était impossible.

d) Pour 12 objectifs, des données ne seront disponibles qu'après 2009 :
   - O7 (carence en fer)

- O15, 16, 17 (troubles musculo-squelettiques, bruit au travail, exposition professionnelle aux cancérigènes)
- O18 (saturnisme)
- O28 (événements iatrogènes évitables)
- O34 (réduction des écarts d'espérance de vie entre CSP)
- O47 (situation périnatale à l'origine de handicaps)
- O51 (détection précoce des mélanomes)
- O81 (qualité de vie des insuffisants rénaux chroniques terminaux sous dialyse)
- O98, O99 (dénutrition et chutes de personnes âgées)

e) Enfin, pour un objectif, le recueil des données n'est plus prévu :
   - O32 (douleurs chroniques rebelles chez les personnes âgées et en fin de vie) : la question ne figure plus dans l'enquête Santé protection sociale depuis 2002.

Analyse des difficultés rencontrées lors de l'évaluation

Le caractère quantifié de la majorité des cent objectifs annexés à la loi visait à fournir au législateur et aux citoyens des éléments mesurables d'appréciation des résultats de la politique de santé. Les difficultés rencontrées par les évaluateurs ont concerné, d'une part la mesure du résultat, d'autre part son interprétation.

Difficultés liées à la mesure du résultat

Indisponibilité ou non-production en temps voulu de certains indicateurs

Parmi les difficultés identifiées, il convient de souligner :

- l'absence ou la non-caractérisation des indicateurs nécessaires à la mesure de l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs ; en effet, l'absence de poursuite systématique de la réflexion amorcée par le groupe de travail DGS-Drees ayant défini les indicateurs associés aux objectifs en 2005, n'a pas permis de faire aboutir les propositions d'amélioration des sources d'information dans certains domaines mal documentés (limitations fonctionnelles, qualité de vie) ; toutefois, les travaux spécifiques coordonnés par la Drees pour proposer des outils et systèmes de mesure répondant aux objectifs encore sans indicateurs ont permis de réduire le nombre d'objectifs sans indicateurs de 43 en 2006 à 31 en 2008. Bien que cette situation se soit ainsi améliorée progressivement, elle témoigne :
  - d'une insuffisance des systèmes d'information en santé ;
  - d'un déficit de données pourtant importantes à connaître pour définir une politique de santé publique.

- les délais de mise à disposition des données, qui ne sont pas toujours compatibles avec une évaluation nécessitant d'observer des tendances sur une période quinquennale ; il peut ainsi n'exister aucune donnée sur cette période ou seulement une mesure ponctuelle.

Pertinence de la formulation de l'objectif et de l'indicateur

Par ailleurs, pour plusieurs objectifs de la loi, force est de constater :

- l'inadéquation entre la formulation de l'objectif et les indicateurs disponibles pour y répondre ; c'est notamment le cas des objectifs abordant les conséquences des pathologies (incapacités, limitations ou séquelles fonctionnelles, complications), pour lesquels des indicateurs approchés ont dû être utilisés ;
- la formulation complexe de l'objectif, qui ne permet pas une mesure simple de son atteinte (objectif à composantes multiples).

Difficultés liées à l'interprétation des données

Les difficultés identifiées tiennent principalement au fait que :

- l'expression sous forme de valeurs moyennes de la plupart des résultats peut masquer de fortes disparités géographiques, sociales ou professionnelles (par exemple : stabilisation de la prévalence de l'obésité chez l'enfant) ;
- l'évolution dans le temps des disparités régionales a souvent été difficile à décrire, du fait du délai de mise à disposition des déclinaisons régionales des indicateurs de la loi (au moment de l'évaluation, les données régionales accessibles portaient sur des périodes antérieures à 2005) ;
- l'évolution des indicateurs peut rarement être attribuée aux politiques spécifiques mises en œuvre dans les suites de la loi ; en effet, elles résultent, le plus souvent, de l'association de différentes mesures, voire de la conjonction de politiques menées par plusieurs services et acteurs ;
- il est délicat de distinguer ce qui peut être attribuable aux politiques mises en œuvre, et ce qui relève de l'évolution naturelle du phénomène observé.

CONSTAT PAR THEME

OBJECTIFS LIES AUX PRINCIPAUX DETERMINANTS

Risques liés aux addictions

Six objectifs se rapportent à ce groupe thématique : quatre relatifs à la consommation d'alcool et de tabac sont exprimés en termes de déterminants de santé, et deux objectifs relatifs aux drogues illicites, l'un en termes de résultat de santé, l'autre d'activité / procédure.

001 : Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt d'ici à 2008)

002 : Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance

003 : Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).

004 : Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel

056 : Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC

058 : Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs

Les deux objectifs relatifs à l'usage de drogues illicites sont partiellement atteints

- Objectif 56 (incidence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues)
  - La réduction d'incidence se poursuit, avec un niveau d'objectif atteint en ce qui concerne le VIH (données de la DO 2007).
  - Le risque de transmission est plus important pour le VHC : compte tenu de la population, les estimations des évolutions de l'incidence d'infections à VHC reposent sur des données déclaratives de diverses enquêtes aux méthodologies différentes. Or l'enquête Coquelicot a mis en évidence la forte divergence entre les déclarations des enquêtés et les résultats de tests biologiques de contrôle.

- Objectif 58 (prise en charge des usagers de drogues et polytoxicomanes)
  - La tendance est favorable dans le sens où un plus grand nombre d'usagers bénéficie de traitements de substitution ; ce qui implique théoriquement un plus grand nombre d'usagers ayant accès aux centres, aux médecins, aux soins, et aux traitements. Cependant, les données manquantes sont nombreuses et ne permettent pas une appréciation correcte de l'objectif.

Les deux objectifs associés au tabagisme sont partiellement atteints

- Objectif 4 (tabagisme passif)
  - L'objectif peut être considéré comme partiellement atteint, même si la disparition totale dans les établissements scolaires n'est pas mesurée.
  - En effet, l'indice mensuel du tabagisme passif de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a montré une nette diminution de l'exposition déclarée au tabagisme passif dans les lieux de travail, les lycées, universités et lieux de convivialité, et ce, dès l'application effective de la réglementation.

- Objectif 3 (prévalence du tabagisme – fumeurs quotidiens)

- La prévalence du tabagisme suit une tendance favorable, toutefois, l'essentiel de la baisse de prévalence a été observée antérieurement à la loi de 2004 et la prévalence du tabagisme était quasiment la même chez les femmes en 2003.
- La quantité de cigarettes fumées reste stable, suggérant que ce sont les petits fumeurs qui arrêtent de fumer.
- Objectif atteint chez les jeunes, avec une tendance décroissante de -20% entre 2000 et 2005, dans les deux sexes.
- Objectif non atteint en ce qui concerne les catégories sociales les plus « à risque », avec une prévalence du tabagisme plus élevée à la fois chez les chômeurs (sans distinction de CSP) et les ouvriers que chez les cadres, cet écart ne semblant pas se réduire entre 2003 et 2006.

Les deux objectifs relatifs à l'alcoolisme ne sont pas atteints

- Objectif 1 (consommation annuelle d'alcool par habitant)
  - La diminution de 20% de la consommation annuelle d'alcool par habitant n'est pas atteinte, avec une stabilisation entre 2005 et 2007, après une baisse continue au cours des années précédant la promulgation de la loi de santé publique. Ceci est valable pour tous les types d'alcool.

- Objectif 2 (usage à risque ou nocif de l'alcool)
  - Tendance à la stabilisation, voire à la hausse de la proportion des consommateurs adultes à risque ponctuel[9] et à risque chronique[10], quels que soient l'âge et le sexe (données de l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS)).
  - Augmentation du risque chronique avec l'âge, avec un pic entre 45 et 75 ans.
  - Le risque ponctuel est le plus élevé chez les jeunes et décroît avec l'âge.
  - En 2006, ce sont les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés qui sont les plus exposés au risque d'alcoolisation excessive chronique. Les agriculteurs sont les moins concernés par le risque d'alcoolisation excessive ponctuel, alors que les autres catégories sont touchées dans des proportions équivalentes. Pour les femmes, la proportion de cadres qui déclarent une consommation à risque ponctuel est très élevée. Elles présentent également le risque d'alcoolisation chronique le plus élevé.
  - Consommation à l'âge de 17 ans : l'usage régulier[11] chez les garçons et les filles diminue, alors que les ivresses répétées[12] sont à la hausse depuis 2003.

Conclusion

A cette thématique sont rattachés six objectifs : quatre relatifs à des déterminants de santé, un relatif à des résultats de santé et un relatif à des activités ou procédures.

Quatre objectifs peuvent être considérés comme partiellement atteints :

- les deux objectifs relatifs aux usagers de drogues illicites ;
- les deux objectifs relatifs au tabagisme qui suivent une tendance favorable pour le niveau de consommation avec cependant une persistance des disparités socioprofessionnelles, et pour la réduction du tabagisme passif, dont les effets sont visibles même au niveau d'indicateurs sanitaires. Ce dernier objectif, qui peut être considéré comme partiellement atteint, doit tout de même continuer à faire l'objet d'un suivi.

Deux objectifs ne sont pas atteints :

[9] Risque ponctuel : consommation de 6 verres ou plus en une occasion, une fois par mois maximum.
[10] Risque chronique : consommation de 6 verres ou plus en une occasion, au moins une fois par semaine, ou consommation hebdomadaire de 22 verres au moins chez l'homme, 15 chez la femme.
[11] Consommation régulière : au moins 10 fois par mois.
[12] Ivresses répétées : au moins 3 dans l'année.

- les objectifs relatifs à la consommation d'alcool pour lesquels la situation semble même s'aggraver, avec un arrêt de la réduction de la consommation moyenne d'alcool amorcée depuis dix ans et une situation préoccupante s'agissant des usages à risque ou nocif de l'alcool, qui concerne plus les hommes que les femmes mais qui s'aggrave, particulièrement chez les jeunes et dans les catégories socioprofessionnelles plus à risque.

Risques liés à la nutrition

Ce groupe thématique comprend dix objectifs. Ils sont répartis en six objectifs portant sur des résultats de santé et quatre sur des déterminants de santé.

005 : Obésité : réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m2) chez les adultes : passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (objectif PNNS)

006 : Déficience en iode : réduire la fréquence de la déficience en iode au niveau de celle des pays qui en ont une maîtrise efficace (Autriche, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suisse…) ; réduire la fréquence des goitres : passer de 11,3 % chez les hommes et 14,4 % chez les femmes actuellement à 8,5 % et 10,8 % d'ici à 2008

007 : Carence en fer : diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive, passer de 4 % des femmes en âge de procréer à 3 %, de 4,2 % des enfants de 6 mois à 2 ans à 3 % et de 2 % des enfants de 2 à 4 ans à 1,5 %

008 : Rachitisme carentiel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carentiel

009 : Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60 % pour les hommes et 40 % pour les femmes actuellement, à 75 % pour les hommes et 50 % pour les femmes d'ici à 2008

010 : Faible consommation de fruits et légumes : diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60 % en 2000 à 45 % (objectif PNNS)

011 : Excès de chlorure de sodium dans l'alimentation : la réduction du contenu en sodium, essentiellement sous forme de chlorure de sodium (sel) dans les aliments doit être visée pour parvenir à une consommation moyenne inférieure à 8 g/personne/jour (la consommation moyenne a été estimée en 1999 entre 9 et 10 g/personne/jour) selon les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments

012 : Obésité : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant (objectif PNNS)

013 : Folates dans l'alimentation : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural

098 : Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008)

Deux objectifs sont globalement atteints

- Objectif 12 (obésité de l'enfant) : objectif du Plan national nutrition santé (PNNS)
  - La stabilisation a vraisemblablement été atteinte de façon globale avec une prévalence de 18 % de surcharge pondérale dont 3 % d'obésité chez les sujets âgés de 3-17 ans ; cette stabilisation globale masque toutefois de grandes disparités selon les niveaux socio-économiques.
- Objectif 9 (sédentarité) : *atteint (pour les adultes)*
  - L'objectif est mesuré au moyen de l'*International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) qui permet de caractériser l'intensité de l'activité physique en « modérée » et « élevée » en fonction des déclarations des individus.
  - L'objectif est atteint d'après les données du baromètre santé 2005.
  - L'Etude nationale nutrition santé (ENNS) a permis de compléter et de confirmer ces résultats : presque les deux tiers des adultes hommes et femmes, ont une activité physique correspondant à au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq

fois par semaine; finalement cet objectif peut être considéré comme atteint (bien que les données de base, déclaratives, ne soient pas les bonnes).

- Il n'existait pas dans l'objectif formulé en 2004 de références pour l'activité physique chez les enfants, ce qui apparaît nécessaire.

Deux objectifs sont partiellement atteints

- Objectif 10 (consommation de fruits et légumes) : *adultes uniquement*
  - Actuellement, selon l'ENNS, 35 % des adultes sont des petits consommateurs[13]. L'objectif peut donc être considéré comme « atteint », voire dépassé parmi les adultes, sauf cependant chez les populations défavorisées. En revanche chez les enfants, 58 % des enfants sont des petits consommateurs et l'objectif n'est pas atteint.
- Objectif 11 (consommation de sel)
  - Les apports moyens décroissent et sont proches de l'objectif mais une distinction importante est à faire entre les hommes avec un risque trop élevé et les femmes chez lesquelles l'objectif est presque atteint.

Trois objectifs évoluent défavorablement ou sans qu'on puisse conclure à une amélioration

- Objectif 5 (obésité de l'adulte) : objectif du PNNS
  - On dispose de données déclaratives en France métropolitaine, sur la base desquelles a été défini l'objectif[14], qui montrent une stabilité globale de la surcharge pondérale jusqu'en 2005 et une très forte augmentation de l'obésité, avec de fortes disparités socioprofessionnelles et régionales. Cependant, cet accroissement semble moins marqué entre 2003 et 2006.
  - On dispose d'un premier point de mesure objective (données de poids et taille mesurées) de la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité par l'enquête ENNS en 2006-2007 : on constate une importante disparité socioprofessionnelle et une population particulièrement à risque qui est celle des femmes en situation de précarité ; mais ces mesures ne peuvent être comparées aux données des enquêtes déclaratives antérieures.
  - L'évolution des données déclaratives montre toutefois que l'objectif n'est pas atteint. Le seuil de l'objectif devra être redéfini en fonction de la méthode utilisée dans l'enquête ENNS.
- Objectif 7 (carence en fer et anémie ferriprive) : *évaluation inconnue, mais le niveau actuellement mesuré chez les femmes est peut-être insatisfaisant*
  - Les données de référence sur la fréquence de l'anémie ferriprive proviennent de sources non validées en population générale, qu'il n'est pas possible de comparer à l'unique mesure disponible actuellement dans ENNS 2006.
  - 13,5 % des femmes non ménopausées présentent une déplétion totale des réserves en fer et 3 %, une anémie ferriprive. Ces fréquences sont plus élevées que celles observées chez les femmes ménopausées et chez les hommes. Il existe par ailleurs des disparités selon le niveau d'études, les revenus ou encore le nombre de grossesses. Les apports alimentaires en fer apparaissent, avec 11,5 mg par jour en moyenne, insuffisants au regard des apports nutritionnels conseillés chez les femmes non ménopausées, avec des variations selon la CSP.
- Objectif 8 (rachitisme carentiel) : n'a pu être évalué
  - Les effectifs d'hospitalisation sont tellement faibles que l'interprétation des tendances sur la période d'évaluation est hasardeuse, en raison notamment de pratiques d'hospitalisation qui ne sont pas nécessairement le reflet d'un état de santé.

[13] C'est-à-dire consomment moins de 3,5 fruits et légumes par jour
[14] Baromètre santé INPES depuis 1996, ESPS Irdes depuis 1990, enquête ObEPI Sofres-Inserm-Roche depuis 1997

Enfin, pour trois objectifs, il n'est pas possible à ce jour de mesurer leur évolution

- Objectif 98 (dénutrition du sujet âgé)
  - La mesure de l'albuminémie dans l'enquête ENNS ne sera pas disponible en 2009. En outre, elle ne porte que sur les personnes âgées au plus de 75 ans.

- Objectif 6 (déficience en iode et fréquence des goitres)
  - La partie « déterminant » montre que la population résidant en France bénéficie d'un statut nutritionnel en iode adéquat.
  - La partie « santé », avec l'objectif de réduire la fréquence des goitres a été remise en cause dès 2005 par le groupe projet « indicateurs », du fait de son manque de spécificité par rapport au déficit en iode et de la trop grande variabilité des examens échographique et clinique pratiqués pour diagnostiquer les goitres.

- Objectif 13 (carence en folates et anomalies de fermeture du tube neural)
  - La partie « déterminant » (proposée par le groupe projet comme indicateur complémentaire) ne dispose que d'un point de mesure, qui constitue un point de référence (ENNS 2006).
  - La partie « santé » n'est pas exploitée à ce jour. On dispose d'une première estimation à partir de 10 000 naissances ou Interruptions médicales de grossesses (IMG) cumulées entre 2002 et 2006, des quatre registres de malformations congénitales.

Conclusion

A cette thématique sont rattachés dix objectifs, répartis en six résultats de santé et quatre déterminants.

Deux objectifs sont globalement atteints :

- la stabilisation de la prévalence de l'obésité de l'enfant est estimée atteinte de façon globale mais avec de fortes différences selon les niveaux socio-économiques ;
- la sédentarité et l'inactivité physique des adultes.

Deux objectifs sont atteints partiellement :

- l'un relatif à la consommation de fruits et légumes chez les adultes uniquement ;
- l'autre relatif à la consommation de sel atteint chez les femmes mais pas chez les hommes.

Trois objectifs sont soit d'évolution défavorable soit ne permettent pas de conclure à une amélioration :

- l'obésité de l'adulte, en évolution très défavorable depuis une quinzaine d'années, ne recule pas, au vu des données déclaratives, et de fortes disparités sociales sont à prendre en compte ;
- concernant la carence en fer, on ne dispose d'informations que pour les femmes et non pour les enfants. Or ces données, qui ne peuvent être comparées aux données de référence, dont la source n'est pas validée en population générale, sont difficiles à interpréter ;
- concernant le rachitisme carentiel, les effectifs très faibles fournis par le PMSI ne peuvent être interprétés en termes de tendance.

Trois objectifs ne sont pas évaluables à ce jour :

- l'objectif relatif à la déficience en iode ;
- l'objectif relatif à la carence en folates.

  Pour ces deux objectifs seule la partie « déterminant de santé » sera évaluable, mais pas dans la période actuelle qui ne permet pas de disposer de plusieurs points de mesure dans

l'enquête ENNS. La pertinence de la partie « résultat de santé » de ces deux objectifs, soit en tant qu'effet patent de la carence, soit en tant qu'objectif mesurable, est à réexaminer.

- l'objectif relatif à la dénutrition du sujet âgé est un résultat de santé dont la mesure n'est pas encore exploitée dans l'enquête ENNS qui fournira une information sur une partie de la population concernée (personnes âgées au plus de 75 ans).

Risques liés à l'environnement de travail et à l'environnement général

Ce groupe thématique comprend douze objectifs, quatre de santé au travail, huit de santé environnementale. Ils sont répartis en quatre objectifs de résultats de santé (dont un en santé-travail) et huit relatifs à des déterminants ou facteurs (dont trois en santé-travail et cinq en santé environnementale).

Objectifs de santé liée à l'environnement de travail :

014 : Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail

015 : Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003

016 : Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003

017 : Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition

Objectifs de santé liée à l'environnement général :

018 : Habitat : réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l; passer de 2 % en 1996 à 1 % en 2008

019 : Bâtiments publics : réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m^{-3} (valeur guide de l'UE)

020 : Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, Nox, ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002)

021 : Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; - 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008

022 : Qualité de l'eau : diminuer par deux d'ici à 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides

023 : Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)

024 : Bruit : réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (ministère de l'écologie, Inrets)

025 : Qualité de l'eau : réduire de 50 % l'incidence des légionelloses

Parmi les quatre objectifs concernant l'environnement de travail

Un objectif est globalement atteint

- Objectif 14 (accidents routiers mortels liés au travail) :
    - Une baisse de l'ordre de 25 à 30 % du nombre d'accidents routiers mortels liés au travail est observée sur la période 2003-2007. La même tendance est constatée pour les accidents routiers non liés au travail (baisse en 2003, relative stagnation et légère remontée en 2008). La part du risque routier dans les décès liés au travail reste cependant élevée (près de 50 %) en 2007.

- En 2007 on observe une légère remontée des chiffres, concomitante d''une « stabilisation » pour les chiffres généraux de l'accidentologie routière. Dans le même temps, les taux d'accidents mortels du travail, ramenés au nombre de salariés, ont augmenté quel que soit leur mécanisme. Ceci pourrait être le signe d'une dégradation des conditions de travail et l'évolution sur ce point mériterait une attention particulière

L'évolution de trois objectifs n'a pu être mesurée

Ces trois objectifs sont suivis dans l'enquête Sumer 2003 (Surveillance médicale des risques), dont la réédition en 2009 ne rendra possible l'évaluation comparative qu'à partir du prochain exercice.

- Objectif 15 (troubles musculo-squelettiques) :
  - Les données sur l'évolution de la prévalence des troubles musculo-squelettiques (TMS) fournies par le réseau expérimental de surveillance, mis en place par l'InVS en 2002, ne montrent pas de diminution sur la période 2002-2004.
  - Les extensions régionales de l'enquête décennale santé font apparaître des disparités sensibles entre les régions.

- Objectif 16 (bruit en milieu professionnel) :
  - Les données de l'enquête conditions de travail de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) en 2005 tendent à montrer une légère diminution de l'exposition professionnelle aux bruits intenses.

- Objectif 17 (agents cancérogènes) :
  - Les données provenant des travaux de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) (2005) et des campagnes d'inspection du travail sur les produits chimiques cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) (2006) semblent suggérer un constat positif sur l'application du principe de substitution ; par contre, l'évaluation des risques n'est pas suffisamment réalisée dans les entreprises, particulièrement dans les Petites et moyennes entreprises (PME) et Très petites entreprises (TPE). L'utilisation des protections collectives y reste insuffisante, bien qu'ayant progressé.

En pratique, ces objectifs doivent être maintenus pour réaliser leur première évaluation en 2010.

Parmi les objectifs de santé environnementale

Deux objectifs sont partiellement atteints

- Objectif 20 (pollution atmosphérique urbaine) :
  - Selon les données de 2008, les concentrations de dioxyde de soufre (SO_2) et d'azote (NO_2) mesurées ont présenté une baisse au moins égale à la valeur de 20 % fixée par l'objectif ; en revanche, ce n'est pas le cas ni pour les particules en suspension de diamètre aérodynamique médian inférieur à 10 µm (PM_{10}), dont la diminution des concentrations a été nulle ou très modeste jusqu'en 2006, puis suivie d'une augmentation en 2007, ni pour l'ozone, dont les concentrations de fond poursuivent leur tendance régulière à l'augmentation.
- Objectif 21 (pollution atmosphérique industrielle) :
  - Il est noté une forte diminution des rejets atmosphériques dépassant les valeurs fixées par l'objectif pour le benzène, pour les dioxines de façon très importante et pour les métaux lourds, à l'exception du mercure, dont la diminution des niveaux observée est peu importante.
  - Cependant, de fortes disparités régionales sont relevées dans les mesures effectuées en 2000 (les régions fortement émettrices étant essentiellement le Nord–Pas-de-Calais,

Rhône-Alpes, l'Ile-de-France, PACA), qu'il n'a pas été possible de comparer à la situation en 2004, faute de cartographie disponible au moment de l'évaluation.

Quatre objectifs ne montrent pas de tendance favorable

- Objectif 19 (radon) :
  - Les données concernent, département par département, le nombre total et les caractéristiques de l'ensemble des établissements d'enseignement et des établissements sanitaires et sociaux tenus de réduire l'exposition au radon en dessous de 400 Bq/m^3, ainsi que la proportion de ceux qui ont fait l'objet de mesures du radon ou d'actions correctrices. Ces données ne sont pas complètes, ce qui rend difficile l'appréciation quantitative de la réalisation de cet objectif.
  - De plus, les données disponibles ne permettent pas de savoir quelle proportion d'établissements a été traitée ni de connaître le niveau de l'exposition après traitement. Il n'est pas non plus possible de prévoir quand il le sera et il faudra s'assurer que des contrôles soient réalisés.
  - Il est à noter que le niveau de risque associé à ces valeurs seuil de la réglementation actuelle est très élevé (cf. les propositions de nouveaux objectifs). La question de leur abaissement doit être posée au niveau communautaire ou, à défaut, au niveau national.

- Objectif 22 (qualité de l'eau de boisson) :
  - L'objectif n'est pas atteint : sur la période 2004-2008, après une baisse importante jusqu'en 2006, l'évolution de la proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques ne diminue que de 25 % en moyenne et est en augmentation pour les pesticides.
  - Des variations géographiques existent, particulièrement pour les départements d'putre-mer (DOM) où les caractéristiques climatiques et agricoles requièrent des traitements adaptés et où l'on est fondé à s'interroger sur les raisons de la poursuite de l'utilisation de pesticides prohibés. La non-conformité microbiologique touche plus particulièrement les zones où les réseaux d'adduction sont nombreux et morcelés, notamment les zones de montagne.

- Objectif 23 (monoxyde de carbone) :
  - Après une nette diminution des taux bruts et standardisés jusqu'en 2004, on observe une stabilisation de la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO) au cours des années qui suivent.
  - De fortes disparités géographiques sont observées, les taux importants se trouvant dans le Nord – Pas-de-Calais (20 % des signalements), le Limousin, le Languedoc- Roussillon et les zones de montagne.

- Objectif 25 (légionellose) :
  - L'incidence des légionelloses a constamment augmenté entre 1997 et 2005 et semble se stabiliser voire diminuer sur les trois dernières années Concernant l'augmentation continue de 1997 à 2005 il est très probable que le système de déclaration au titre de maladie obligatoire, très performant en France, et l'amélioration parallèle de la qualité des outils de diagnostic, conjuguent leurs effets dans le sens d'une estimation erronée de l'évolution réelle des cas. Par ailleurs, l'enregistrement de cas sporadiques et épidémiques ayant parfois une seule source de contamination rend difficile l'interprétation de l'évolution de cet indicateur.
  - Le sujet reste d'actualité, mais relève moins d'une problématique de qualité de l'eau que de maintenance des installations de refroidissement des procédés industriels, de climatisation et des réseaux d'eau chaude sanitaire.

L'atteinte de deux objectifs ne peut être mesurée dans la période concernée

- Objectif 18 (saturnisme) :
  - Le nombre de cas incidents d'enfants âgés de 1 à 6 ans ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l est relativement stable, inférieur à 600 nouveaux cas/an entre 1998 et 2007, alors que le nombre de prélèvements de dépistage a plus que doublé au cours de cette période. Les données de l'enquête nationale de prévalence, conduite en 2008 par l'InVS, ne sont pas encore disponibles. Il n'est donc pas possible de statuer sur l'évolution de cet indicateur sur la période 2004-2008, même si la tendance observée sur la période antérieure est favorable.

- Objectif 24 (nuisances sonores) :
  - En l'absence d'indicateur, l'atteinte de cet objectif n'est pas mesurable.

Conclusion

Ce thème comporte 12 objectifs (huit santé-environnement et quatre santé-travail), répartis en 4 résultats de santé, 8 déterminants / facteurs d'exposition.
L'atteinte des objectifs est mesurée pour sept d'entre eux :

- Un objectif de santé au travail (accidents routiers mortels) est globalement atteint, mais dans le cadre d'une tendance globale à la réduction des accidents routiers.
- Deux objectifs de santé environnementale sont partiellement atteints avec des progrès indéniables dans la qualité de l'air, qu'il convient de poursuivre et d'intensifier, notamment pour agir sur les concentrations encore élevées de certaines particules en zones urbaines.
- La réponse à trois autres objectifs de santé environnementale s'avère problématique (exposition au radon dans les bâtiments publics, eau potable, mortalité par intoxication au monoxyde de carbone).
- L'évolution d'un indicateur correspondant à un objectif est d'interprétation délicate (légionelloses).

Les cinq autres objectifs n'ont pu être évalués :

- Trois objectifs de santé au travail sont en attente des résultats de la troisième enquête Sumer.
- Pour un objectif de santé environnementale, les données pour la période ne seront disponibles qu'après 2009 (plombémie).
- Un objectif a été très mal pris en compte (nuisances sonores).

Traumatismes, violences routières

Deux objectifs se rapportent à ce groupe thématique. Ils se présentent en termes de résultats de santé.

014 : Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail (cf. environnement de travail)
094 : Traumatismes liés à la violence routière : réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008

Ces deux objectifs sont partiellement atteints avec une incertitude concernant l'évolution des séquelles lourdes :

- Objectif 14 (accidents routiers mortels liés au travail) : cf. thème « risques liés à l'environnement de travail »
    - Le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail diminue, mais de façon concomitante à la baisse globale de la mortalité routière.

- Objectif 94 (traumatismes liés à la violence routière) :
    - Le nombre de décès à 30 jours par accident de la route a décru régulièrement entre 2003 et 2008, mais le rythme de baisse se ralentit après les baisses exceptionnelles de 2003, 2004 et 2006. Sur cette période, la mortalité à 30 jours par accident de la route a été réduite de près d'un tiers.
    - Concernant la fréquence des séquelles lourdes, des données du registre des accidentés de la circulation dans le département du Rhône permettent de décrire les types de séquelles majeures et leur fréquence dans ce département, où leur fréquence (moins d'une centaine par an) ne diminue pas entre les deux périodes 1995-2002 et 2002-2007. On ne dispose pas d'analyse de tendance pour la France métropolitaine sur la base d'une projection de ces données au niveau national.

Conclusion

Deux objectifs de résultats de santé, tous les deux atteints de façon globale, sont le reflet probable d'une politique volontariste en matière de sécurité routière :

- La loi du 12 juin 2003 a renforcé la lutte contre la violence routière en durcissant les sanctions à l'encontre des conducteurs impétrants et en instaurant des radars automatiques. Le rapport « La sécurité routière en France, bilan de l'année 2006 » (La Documentation française, Paris, 2007) note qu'au cours de cette année, le dispositif du contrôle-sanction automatisé s'est consolidé avec un total de 1 100 radars installés sur le territoire. L'évaluation de la politique de sécurité routière en France en 2006 faite par l'ONISR a montré que les vitesses globales ont fortement diminué en grande partie grâce au contrôle-sanction automatisé [...]. On constate également que cette décroissance connaît un ralentissement depuis le début de l'année 2005.
- La loi de Santé Publique du 9 août 2004, en définissant des objectifs de santé en rapport avec le risque au volant, a renforcé cette stratégie : accidents routiers liés au travail, mortalité et séquelles lourdes des accidents de la route, alcoolisme, toxicomanie…

Risques liés aux soins

Cinq objectifs se rapportent à ce groupe thématique. Trois ont trait à des résultats de santé, un à un facteur de risque (déterminant), un à une activité/procédure.

026 : Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène de 10% à 7% d'ici à 2008
027 : Réduire la fréquence des évènements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008.
028 : Réduire d'1/3 la fréquence des évènements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire
029 : Réduire les doses d'irradiation individuelles et collectives liées aux expositions médicales à visée diagnostique, en renforçant la justification des indications et l'optimisation des pratiques
100 : Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées

Deux objectifs sont partiellement évalués, l'un avec tendance favorable, le deuxième sans tendance favorable

- Objectif 26 (événements iatrogènes hospitaliers) :
  - Concernant les événements indésirables graves, on dispose d'un unique point de mesure de l'Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (Eneis) en 2004 ; la réédition de l'enquête en 2009 permettra une comparaison dans le temps.
  - Concernant les indicateurs d'infections nosocomiales, ils montrent une tendance favorable ayant débuté avant la promulgation de la loi et qui semble se poursuivre, sous l'effet d'une politique soutenue dans ce domaine.

- Objectif 27 (événements iatrogènes médicamenteux entraînant une hospitalisation) :
  - L'objectif est formulé en nombre d'événements indésirables, sans le rapporter au nombre de prescriptions qui ont fortement augmenté depuis 2004.
  - Il n'apparaît pas de tendance favorable au vu des enquêtes menées par les centres régionaux de pharmacovigilance en 1998 et en 2007 (Emir[15]).
  - Il conviendrait de tenir compte, dans l'interprétation, de l'augmentation des prescriptions, des spécificités des différents médicaments et des populations cibles.

L'atteinte des trois autres objectifs n'est pas mesurable

- Objectif 100 (prescriptions inadaptées chez les personnes âgées) :
  - Des propositions d'indicateurs avaient été faites par le groupe projet en 2005 mais en pratique, il n'y a pas eu de définition claire des indicateurs choisis et, à ce jour, l'on ne dispose que de quelques mesures éparses, dont le recueil n'est pas stabilisé.

- Objectif 28 (événements iatrogènes évitables à l'hôpital et en ambulatoire) :
  - Les données relatives à l'évitabilité des événements indésirables graves survenant aussi bien à l'hôpital qu'en ambulatoire ne sont disponibles que pour un point de mesure. La réédition sur une base quinquennale de l'enquête Eneis[16] pour une part, de l'enquête Emir pour une autre, permettra à terme d'évaluer l'objectif.

- Objectif 29 (irradiation liée aux expositions médicales à visée diagnostique) :
  - L'étude de faisabilité d'un système de surveillance de l'exposition individuelle et collective par l'InVS et l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) était prévue, mais elle n'est pas menée à son terme actuellement.

[15] Emir : Enquête « effets indésirables des médicaments : incidence et risque » réalisée par les Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) en 2007.
[16] Eneis : enquête national d'incidence des événements indésirables graves observés en établissement de santé.

- Le devenir de cet objectif est également conditionné aux résultats de l'étude Pasepri (Plan d'action de la surveillance des expositions des patients aux rayonnements ionisants) sur le niveau d'exposition de certains groupes particulièrement vulnérables. En effet, le niveau global de la population ne semble pas, *a priori*, très préoccupant.

Conclusion

Ce thème comporte cinq objectifs dont trois exprimés en termes de résultats de santé, un de facteur de risque (déterminant), un d'activité/procédure.

Deux objectifs ne peuvent pas être mesurés, pour l'un, par manque de définition de l'indicateur (prescriptions inadaptées chez les personnes âgées), pour l'autre, par absence d'une analyse de la faisabilité d'un système de surveillance (exposition aux irradiations médicales). Pour un troisième, il manque le recul nécessaire à la répétition d'une mesure, pour l'instant ponctuelle (événements iatrogènes évitables).

Les deux objectifs mesurables le sont en fait partiellement ; ce sont deux résultats de santé. L'un montre des signes d'évolution favorable (infections associées aux soins en milieu hospitalier), l'autre, stable (iatrogénie médicamenteuse), est difficile à interpréter du fait de la complexité des situations de prescriptions et d'une tendance globale à l'augmentation de celles-ci.

OBJECTIFS RELATIFS AUX PATHOLOGIES

Maladies infectieuses

Dix objectifs se rapportent à ce groupe thématique. Il est possible de mesurer l'atteinte de huit d'entre eux dont cinq sont exprimés en termes de résultats de santé, deux d'activité/procédure et un porte sur des déterminants / facteurs de risque.

030 : Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour *S. pneumoniae* (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G -CMI > 0,06mg/l- de 52 % [2001] à moins de 30 %, avec moins de 5 % de souches résistantes -CMI > 1mg/l- ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50 % [2001] à moins de 30 % ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (< à 0,5 % en 2001)) et *S. aureus* (réduire le taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %)

036 : Infection VIH – Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)

037 : Hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008

038 : Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008

039 : Grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50 %), professionnels de santé (actuellement 21 %), personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65 %) d'ici à 2008

040 : Maladies diarrhéiques : diminuer de 20 % d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84 ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au-delà)

041 : Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2

042 : Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %)

043 : Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100 % des femmes à risque d'ici à 2008

056 : Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC

Trois sont globalement atteints

- Objectif 36 (incidence des cas de sida) :
  - L'objectif de diminution d'incidence des cas de sida est atteint sur la période d'évaluation et dépasse le niveau requis.
  - La pertinence de l'objectif est remise en cause, l'évolution des cas de sida ayant moins de sens que celle de la séropositivité, notamment depuis la mise en place de la déclaration obligatoire des cas de séropositivité.
  - Cependant, des disparités régionales ou par groupes de population existent : certaines régions telles la Guyane et l'Ile-de-France sont particulièrement touchées.

- Objectif 38 (incidence globale de la tuberculose) :
  - La baisse régulière de l'incidence suggère que l'objectif de stabilisation de l'incidence de 2001 à 2008 est en moyenne plus qu'atteint (8,9 pour 100 000 en 2007). Toutefois, deux régions restent au-dessus de la moyenne nationale, l'Ile-de-France et la Guyane.

  - Le groupe de population le plus exposé est celui des immigrés provenant de pays à forte endémie tuberculeuse, surtout l'Afrique sub-saharienne.
  - Le 2e groupe à risque est représenté par les personnes sans domicile fixe.
  - La tuberculose multirésistante reste très rare, malgré une légère augmentation.

- Objectif 40 (mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales) :
  - Les données globales indiquent que l'objectif a été atteint.
  - Les taux bruts de décès par maladies infectieuses intestinales indiquent une diminution de la mortalité d'au moins 20 % entre 2004 et 2006 chez les enfants de moins de 1 an, chez les 65-74 ans mais pas chez les 75 ans et plus.
  - Il convient toutefois de souligner la faible pertinence d'un objectif défini à partir de priorités de l'OMS, discutables dans le contexte national (faibles effectifs en cause)

Deux objectifs sont partiellement atteints

- Objectif 56 (incidence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues) :
  - La réduction d'incidence des infections à VIH se poursuit, avec un niveau d'objectif atteint (données de la DO 2006).
  - Le risque de transmission est plus important pour le VHC : compte tenu de la population, les estimations des évolutions de l'incidence d'infections à VHC reposent sur des données déclaratives de diverses enquêtes aux méthodologies différentes. Or l'enquête Coquelicot a mis en évidence la forte divergence entre les déclarations des enquêtés et les résultats de tests biologiques de contrôle.

- Objectif 42 (taux de couverture des maladies à prévention vaccinale) :
  - L'objectif est partiellement évaluable puisque les données ne sont pas disponibles pour toutes les classes d'âge cibles.
  - Il est partiellement atteint en ce qui concerne la vaccination des enfants de 2 et 6 ans.
  - Les points noirs sont le faible niveau des primo-vaccinations ROR, malgré une tendance à l'amélioration, encore insuffisante. Beaucoup plus préoccupant, et sans amélioration depuis 1994, le faible taux de vaccination contre l'hépatite B. Les mesures à l'adolescence n'atteignent pas les niveaux requis, avec, en classe de 3e, des couvertures insuffisantes pour la 2e dose de rougeole, le rappel coqueluche de la préadolescence et de l'hépatite B. Ceci peut correspondre à une méconnaissance par la population de la durée de protection des vaccins et à une assimilation erronée des maladies à prévention vaccinale avec des maladies de l'enfance.
  - Les données chez les adultes ne sont pas disponibles, faute de suivi dans l'enquête biennale ESPS.
  - D'après les données de ventes des vaccins, les plus fortes hausses portent sur les vaccins dont la couverture vaccinale est la plus éloignée des objectifs, ce qui peut être perçu comme encourageant.

Sans être atteint, un objectif évolue favorablement

- Objectif 30 (résistance aux antibiotiques) :
  - C'est un objectif à composantes multiples ; il est en tendance favorable pour les pneumocoques à sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) et pour les staphylocoques résistants à la méticilline mais sans atteindre le seuil de l'objectif.
  - La baisse des consommations d'antibiotiques (indicateur complémentaire) paraît engagée, avec une tendance marquée à la décroissance entre 1997 et 2007, tant en ville qu'à l'hôpital (avec cependant une exception en 2005, associée à des facteurs économiques ponctuels). Toutefois, le profil de consommation particulier en ville, avec une surconsommation hivernale et une utilisation préférentielle des classes thérapeutiques de deuxième intention, vient tempérer ce jugement global.

Deux objectifs ne sont pas atteints

- Objectif 41 (incidence des gonococcies / syphilis dans la population à risque, prévalence des chlamydioses / HSV2) :
    - Les indicateurs proposés ne permettent pas un calcul d'incidence mais un suivi des données recueillies sur la base de réseaux volontaires de laboratoires et de cliniciens.
    - La tendance observée au sein de ces réseaux est globalement à l'augmentation des nombres de cas des trois types d'infections.

- Objectif 39 (couverture vaccinale contre la grippe) :
    - Il y a une stabilité de la couverture vaccinale chez les plus de 65 ans et chez les moins de 65 ans en ALD exonérante, mais l'objectif de 75 % n'est pas atteint.
    - On ne dispose pas de données comparatives pour l'enquête chez les différentes catégories de professionnels de santé, et le premier point de mesure en 2005 montre des niveaux très inférieurs à l'objectif visé.

L'évolution des deux derniers objectifs de cette thématique n'a pu être mesurée

- Objectif 37 (mortalité attribuable aux hépatites chroniques) :
    - L'étude permettant la mesure de l'objectif n'a eu lieu qu'une fois et l'on dispose seulement d'une première mesure dont les résultats ont été publiés en 2008. Le renouvellement régulier de l'enquête n'est pas envisagé pour l'instant.
    - L'indicateur de mortalité sur une période quinquennale n'apparaît pas pertinent pour une pathologie d'évolution longue (plusieurs décennies) et est soumis à la variation de la population de référence (nombre de personnes dépistées) qui est en augmentation, du fait d'une politique active en ce sens ; il est en outre d'autant moins approprié que les progrès thérapeutiques permettent de plus en plus d'obtenir une rémission ou une guérison de la maladie.
    - Les données d'ALD (n°6 et cirrhoses B et C) sont plus indiquées pour un suivi de l'évolution de la prise en charge de la maladie.

- Objectif 43 (dépistage systématique des chlamydioses pour les femmes à risque) :
    - Il s'agit d'un objectif d'activité / procédure, or l'action en question n'a pas été mise en œuvre. En particulier, l'objectif préalable d'évaluation d'un programme pilote n'a pas été réalisé.
    - L'indicateur n'a pas été défini.
    - Par déduction, l'objectif n'est pas atteint, mais pas mesurable non plus.

Conclusion

Ce thème regroupe six objectifs visant des résultats de santé, un concernant un déterminant, trois des activités/procédures.

Les deux objectifs dont l'atteinte n'a pu être mesurée (hépatites chroniques, chlamydioses) sont inadaptés pour décrire l'évolution du phénomène de santé ou de l'action menée : dans le premier cas, la mortalité n'est pas adaptée à la période et aux méthodes de mesure et n'évolue pas dans un délai significatif vis-à-vis de la période couverte par la loi ; dans le second, l'action et l'indicateur, également inexistants au demeurant, sont quasiment confondus.

Parmi les cinq objectifs de santé mesurés, trois sont globalement atteints (sida, diarrhées, tuberculose), cependant deux ne sont pas ou plus pertinents dans leur formulation et le troisième doit mieux prendre en compte les disparités géographiques et certains groupes de population. Un objectif est partiellement atteint (VIH et VHC chez les usagers de drogues) mais l'une de ses deux composantes, portant sur l'infection par le VHC, n'est pas mesurée de façon strictement comparative, en raison de la difficulté de mener des études et de les répéter au sein de cette population. Les deux objectifs relatifs aux infections sexuellement transmissibles ne sont pas atteints, principalement en raison de l'absence de mise en place des mesures prévues dans le plan relatif aux infections sexuellement transmissibles.

Le bilan des deux objectifs d'activité / procédure qui portent sur la couverture vaccinale (grippe et maladies à prévention vaccinale recommandée) est mitigé : pour l'un (grippe) l'évaluation n'est pas répétée à intervalles réguliers dans la population des professionnels de santé et le niveau n'est pas atteint pour les autres populations cibles (personnes âgées et ALD de moins de 65 ans) ; pour l'autre (vaccins recommandés en population générale), l'objectif est partiellement atteint pour ce qui concerne les vaccins « historiques » chez les jeunes enfants, avec une persistance de taux bas en primo-vaccination pour le ROR et très bas pour l'hépatite B, mais qui contraste avec un mauvais niveau de la couverture vaccinale mesurée chez les adolescents et l'impossibilité de la suivre chez les adultes.

Enfin, le seul objectif « déterminant de santé » concerne la résistance aux antibiotiques et voit certaines de ses composantes atteintes, les autres étant globalement en tendance favorable, sous l'effet d'actions conjuguées et multiples des deux plans « antibiotiques » et « infections nosocomiales ». Le principal enjeu va être de continuer de maîtriser l'usage des antibiotiques, notamment en ville, afin que cette nouvelle évolution se confirme et qu'une diminution de la résistance des pneumocoques aux macrolides s'amorce également, car la France reste au niveau international avec le taux de résistance le plus élevé.

Maladies chroniques

Maladies cardiovasculaires et métaboliques

Ce groupe thématique comprend huit objectifs. Cinq sont des objectifs relatifs aux maladies cardiovasculaires, trois aux maladies métaboliques. Ils se répartissent en cinq résultats de santé, deux déterminants, une activité / procédure.

054 : Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'Alfediam, l'Afssaps et l'Anaes pour 80 % des diabétiques en 2008 (actuellement 16 à 72 % selon le type d'examen complémentaire)
055 : Diabète : Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires
069 : Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardiovasculaires : cardiopathies ischémiques : de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes d'ici à 2008 ; thromboses veineuses profondes : de 15 % d'ici à 2008.
070 : Hypercholestérolémie : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardiovasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53 g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS)
071 : Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008
072 : Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC
073 : Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque
080 : Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million)

Cinq objectifs concernent les maladies cardiovasculaires

Deux sont globalement atteints

- Objectif 69 (mortalité associée aux maladies cardiovasculaires : cardiopathies ischémiques et thromboses veineuses profondes)
    - L'objectif est atteint, voire dépassé pour la réduction de mortalité par cardiopathies ischémiques par rapport à 2002. Cette baisse est ancienne et a commencé dans les années 80-90.
    - Le taux standardisé de mortalité par thromboses veineuses profondes a lui aussi atteint l'objectif de diminution de 15%.
- Objectif 70 (hypercholestérolémie) :
    - L'enquête ENNS 2006 fournit un point de mesure du LDL-cholestérol (1,28g/l) qui pourra être répété régulièrement.
    - La comparaison (à partir de trois registres des maladies cardiovasculaires ischémiques) des données de l'enquête MONICA 1996-97 avec celles de l'enquête Mona Lisa 2006-2007 montre une réduction de 6% du LDL-cholestérol, supérieure aux 5% définis par l'objectif.

Deux objectifs sont partiellement atteints

- Objectif 71 (HTA) : partiellement atteint (femmes uniquement)
    - L'enquête ENNS 2006 permet une mesure qui pourra être répétée régulièrement (objectif préalable).
    - La comparaison des données de l'enquête MONICA 1996-97 avec celles de l'enquête Mona Lisa 2006-2007 montre une stabilité de la pression systolique chez les hommes et une diminution de 3,5 mm Hg chez les femmes.
    - La prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) a diminué de 18,5 % chez les femmes et de 7,5 % chez les hommes entre 1996 et 2006.
- Objectif 73 (insuffisance cardiaque) :
    - L'objectif est partiellement atteint : le taux standardisé de décès par insuffisance cardiaque a diminué de près de 10% entre 2004 et 2006. Le taux standardisé d'hospitalisation pour cette pathologie est relativement stable depuis 1998, avec une légère augmentation depuis 2005, en lien avec le vieillissement de la population. La baisse de mortalité semble toutefois passer par une augmentation de la fréquence des réhospitalisations. De fortes disparités régionales sont observées.

Le cinquième objectif est non évaluable

- Objectif 72 (fréquence et sévérité de séquelles fonctionnelles des AVC) :
    - Il existe des données épidémiologiques issues du système d'information hospitalier qui montrent une stabilité des taux standardisés d'hospitalisation entre 2003 et 2006. Les données du CépiDc objectivent une tendance décroissante de la mortalité standardisée depuis 1990 qui semble se poursuivre entre 2004 et 2006. La France demeure le pays de l'Union européenne où les taux de mortalité par AVC sont les plus faibles. Cependant, les disparités régionales sont importantes avec une mortalité très élevée en Guyane, La Réunion, Nord-Pas-de-Calais, Bretagne, Lorraine et Haute-Normandie.
    - Les données du registre de la ville de Dijon sont très précieuses et permettent d'avoir une évolution sur vingt ans mais il faut en souligner les limites, notamment extrapolation gommant des variations régionales. Les données de registre permettent cependant d'estimer la fréquence du handicap fonctionnel par le score de Rankin modifié.
    - Le développement de nouveaux registres AVC est étudié dans trois autres villes ou régions (Lille, Brest, La Réunion).

<u>Trois objectifs concernent des maladies métaboliques</u>

Un objectif est globalement atteint

- Objectif 80 (incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale) :
    - Les données du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (Rein), en cours d'extension depuis sa création en 2002 (18 régions en 2007), montrent une stabilisation de l'incidence des patients traités en dialyse autour de 125 par million d'habitants sur les sept régions présentes de 2003 à 2007, mais avec une augmentation chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Ceci pourrait cependant être le témoin, non d'une augmentation de la fréquence des cas, mais au contraire d'une multitude de facteurs associés induisant un meilleur accès à la dialyse aux âges avancés (vieillissement de la population, moindre contre-indication du fait d'un meilleur statut cardiovasculaire, etc.).

- La fiabilité des données d'ALD 19 est remise en cause (pratiques de codage, sous-estimation du fait de la concomitance avec d'autres ALD par exemple le diabète) et ne permet pas d'estimer l'évolution de l'insuffisance rénale chronique terminale.
- D'importantes variations régionales sont observées, pouvant être liées à des différences d'accès aux soins et/ou de pratiques, sans possibilité d'apprécier la part des mesures de prévention en amont du stade terminal.

Un objectif est en tendance favorable

- Objectif 54 (surveillance clinique du diabète) :
  - L'objectif de 80% de diabétiques surveillés conformément aux recommandations n'est pas atteint, mais on observe une progression lente des différents actes de surveillance, avec un niveau de départ souvent très bas en particulier pour le dosage de l'albuminurie et la réalisation de trois dosages d'HbA1c. Un indicateur sur sept atteint le niveau de 80% (dosage de la créatininémie), et un indicateur n'a pas évolué (consultation ophtalmologique, avec un taux très insuffisant de 44%).
  - Ces résultats *a priori* insuffisants sont toutefois à relativiser, si on introduit une plus grande souplesse dans les critères de surveillance : ainsi, la réalisation de deux dosages d'HbA1c (65% des diabétiques en 2007 vs 38 % avec les critères de trois dosages). Toutefois, le niveau de ces indicateurs, mesuré sur la base des actes réalisés en médecine libérale et qui ont fait l'objet d'un remboursement, est notablement plus élevé si on considère, dans une estimation haute, qu'un examen est systématiquement réalisé lors de la surveillance supplémentaire effectuée en établissement hospitalier public.

Un objectif ne montre pas de tendance clairement favorable

- Objectif 55 (fréquence et gravité des complications du diabète) :
  - le nombre important et les tendances diverses des indicateurs associés ne permettent pas de conclure à une évolution favorable de cet objectif.
  - Les données des deux enquêtes ENTRED 2001 et 2007 (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) montrent une stabilité de l'incidence des complications coronaires (infarctus du myocarde, angor ou revascularisation coronaire) déclarées par les médecins. Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) montrent une augmentation de l'incidence des hospitalisations pour plaie du pied mais une stabilité de celles pour amputation entre 2003 et 2007. L'entrée en insuffisance rénale terminale est de 4,7 pour 10 000 habitants d'après l'enquête REIN en 2006. Le taux de mortalité fluctue légèrement autour de 31 pour 10 000 habitants entre 2001 et 2007.

Conclusion

Ces huit objectifs comportent cinq objectifs relatifs aux maladies cardiovasculaires, trois aux maladies métaboliques.

Maladies cardiovasculaires

Des trois objectifs « résultats de santé », deux sont globalement ou partiellement atteints (cardiopathies ischémiques, insuffisance cardiaque), témoins des progrès continus, souvent engagés antérieurement à la loi, dans les traitements et modalités de prise en charge de ces affections, ainsi que dans leur prévention. Le troisième n'est pas évaluable avec les indicateurs actuellement disponibles (fréquence des AVC). La question de la pertinence de maintenir dans l'objectif deux

dimensions de nature différente, pouvant nécessiter un recueil d'information et une interprétation distincte doit être posée pour deux d'entre eux (thromboses veineuses périphériques et cardiopathies ischémiques, sévérité de séquelles fonctionnelles et fréquence des AVC).

Les deux objectifs « déterminants de santé » sont atteints globalement (hypercholestérolémie) ou en partie (HTA) et sont cohérents avec l'évolution des résultats de santé.

Diabète

La prévalence du diabète augmente. Le suivi de la maladie selon les recommandations de bonne pratique est peu satisfaisant. Il évolue très lentement, mais si on utilise des critères plus souples de fréquence de réalisation des examens de surveillance, on obtient des niveaux plus proches des niveaux attendus. La mortalité semble s'accroître chez les hommes, mais ce phénomène peut être nuancé par l'augmentation de la prévalence de la maladie et le vieillissement des patients avec l'amélioration de la prise en charge. La surveillance de la mortalité doit donc se poursuivre. Concernant les complications du diabète, la multiplicité des indicateurs et leurs évolutions discordantes conduisent à conclure à la non-atteinte de l'objectif.

Insuffisance rénale chronique terminale

L'objectif de stabilisation de l'incidence des patients entrant en dialyse est atteint, la tendance à l'augmentation aux âges supérieurs à 75 ans reflétant *a priori* davantage une plus grande possibilité d'accès au traitement, qu'une dégradation de l'état de santé.

Cancers

Dix objectifs se rapportent à ce groupe thématique. Quatre sont liés à l'exposition à l'alcool et au tabac (ils sont traités au chapitre « addictions »), les six autres se répartissent en trois résultats de santé, trois objectifs d'activité / procédure.

001 à 004 (cf. thème « addictions »)

048 : Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV

049 : Toutes tumeurs malignes : contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100 % des patients

050 : Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans

051 : Cancer de la peau, mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome

052 : Cancer de la thyroïde : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens

053 : Cancer colorectal : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage

Un objectif est considéré comme atteint

- Objectif 53 (stratégie nationale de dépistage du cancer colorectal) :
    - D'après l'évaluation de l'InVS en 2006, le taux de participation moyen était de 42 % sur 19 départements. Depuis, l'année 2008 a marqué une étape importante avec la généralisation effective du programme national de dépistage à l'ensemble du territoire national, métropolitain et d'outre-mer.

Deux objectifs montrent une tendance favorable

- Objectif 48 (incidence et dépistage du cancer du col de l'utérus)
    - La baisse de l'incidence annuelle se poursuit, avec un léger ralentissement visible depuis 2000 (-1,8 % par an), par rapport aux années précédentes.
    - L'amélioration du taux de couverture du dépistage se poursuit depuis 1995, mais avec 57 % en 2004-2006, il est encore loin, notamment dans certaines CSP, des 80% requis par l'objectif.

- Objectif 50 (stade des cancers du sein dépistés et amélioration du dépistage) :
    - La tendance est favorable en début de période, avec une légère augmentation de la part des cancers *in situ* sur les données 2005, qui doit être confirmée, d'autant que la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein est récente (mars 2004).
    - Concernant le taux de couverture, en fonction des sources, on atteint des niveaux voisins de l'objectif, voire le dépassant, dans les enquêtes déclaratives mais l'objectif de 80 % n'est pas atteint dans les enquêtes de l'InVS et de la CnamTS. Dans les classes sociales les moins favorisées, le taux de couverture est plus faible mais les disparités semblent diminuer progressivement. Cependant chez les femmes sans couverture complémentaire santé, les taux de couverture restent particulièrement faibles (48,4 %).

Un objectif apparaît également en tendance favorable : il n'est, en fait, que partiellement mesurable

- Objectif 49 (amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, consultations multidisciplinaires coordonnées) :
    - Il n'y a pas de recul suffisant pour évaluer l'évolution de la survie (données 1988-1997).
    - Le nombre de prises en charge par consultation pluridisciplinaire et coordonnée a augmenté de 20 % entre 2007 et 2008, ce qui montre une tendance favorable pour cet aspect, même si l'on

ne peut suivre effectivement le niveau d'atteinte de l'objectif (pas de dénominateur permettant de connaître le pourcentage de patients pris en charge).

Deux objectifs ne peuvent à ce jour être évalués

- Objectif 51 (amélioration des conditions de détection précoce du mélanome) :
  - Il n'y a pas de données se rapportant à la période, et un seul registre (Haut Rhin) fournit des informations répondant à l'indicateur défini (proportion de stades précoces dépistés entre 1988 et 1999)
  - Une enquête de l'InVS en cours sur des données plus récentes (2005-2006) et plus étendues, mais pas encore disponible, rendra cet objectif évaluable dans les années à venir.
  - Les dernières données sanitaires laissent à penser que l'évolution serait favorable, avec un taux de mortalité liée à ce cancer en recul chez les femmes malgré une incidence en augmentation dans les deux sexes, sans que cela soit la réponse à l'évaluation de cet objectif.

- Objectif 52 (renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens) :
  - L'objectif, non quantifié, n'est pas assorti d'indicateur
  - L'objectif préalable est cependant partiellement atteint (état des lieux épidémiologique réalisé, mais le test d'un système de surveillance national n'a pas été réalisé)

Parmi les quatre objectifs déterminants / facteurs de santé (se référer au groupe d'objectifs « addictions »), les deux objectifs relatifs à la consommation d'alcool ne sont pas atteints et pour les deux objectifs relatifs au tabagisme, la tendance est favorable.

Conclusion

Cette thématiques comporte 10 objectifs : 3 résultats de santé, 4 déterminants, 3 activités/procédures.

Un seul objectif d'activité / procédure est mesuré (dépistage du cancer colorectal) avec la réalisation de l'action visée par l'objectif et la disponibilité de fait de l'indicateur de couverture par département.

Les deux autres objectifs de procédure ne sont pas mesurés : l'un (surveillance nationale du cancer de la thyroïde) car le système de surveillance ciblé par l'objectif n'a pas été mis en place ; l'autre car le système d'information ne fournit ni le recul, ni un niveau de diffusion suffisant à la mesure d'un indicateur relativement sophistiqué (stades précoces des mélanomes dépistés).

Pour les trois objectifs de santé, la tendance est globalement favorable. Cependant, tous ces objectifs sont formulés de façon mixte (résultat de santé / procédure *via* un taux de couverture du dépistage ou des réunions de consultations pluridisciplinaires), ce qui complique l'appréciation de leur niveau d'atteinte. Les seuils fixés pour ces taux de couverture peuvent aussi être jugés trop ambitieux, notamment au regard des objectifs européens : atteindre 80% des femmes pour le dépistage des cancers du col (femmes âgées de 25 à 69 ans) et du sein (femmes de 50 à 74 ans) et 100% de prise en charge multidisciplinaire et coordonnée.

Les quatre objectifs relatifs aux déterminants de santé ont été mesurés et le bilan est dans l'ensemble en tendance favorable pour l'exposition au tabac, défavorable pour celle à l'alcool.

Remarque : il convient de souligner le caractère récent des mesures mises en place dans le cadre du plan cancer, d'où un effet « état des lieux » de certains éléments constatés, et la nécessité d'un recul important pour les études visant à recueillir des résultats de santé ainsi que les limites actuelles du système d'information concernant les cancers.

Maladies respiratoires

Deux objectifs se rapportent à ce groupe thématique. Ce sont deux objectifs de santé.

074 : Asthme : réduire de 20 % la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an)
075 : Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie.

Pour le premier objectif, la tendance est favorable

- Objectif 74 (asthme nécessitant une hospitalisation) :
  - Le taux standardisé d'hospitalisation pour asthme a décru de 2,7 % par an en moyenne entre 1998 et 2007.
  - La tendance est donc favorable en particulier chez l'adolescent et l'adulte, avec une diminution de près de 15 % entre 2000 et 2007. Les taux augmentent chez les enfants de moins de un an, avec cependant un risque de surestimation en raison de diagnostics différentiels possibles (bronchiolite).
  - Pour la mortalité, la tendance est à la baisse également.

Le second objectif n'est pas mesuré

- Objectif 75 (limitations fonctionnelles et qualité de vie des BPCO) :
  - Il n'existe pas d'indicateur défini
  - La prévalence des limitations fonctionnelles et du niveau de qualité de vie n'étant pas connue (objectif préalable), l'objectif devrait être reformulé.

Conclusion

Deux résultats de santé :

- L'objectif 75 n'est pas pertinent car exprimé en termes de limitations fonctionnelles, à ce jour non mesurables.
- L'objectif 74, concernant l'asthme évolue selon une tendance favorable depuis une période antérieure à la loi, avec cependant une incertitude de mesure chez les jeunes enfants. On ne peut rapporter cette tendance au Plan asthme qui n'est pas synchrone avec les tendances observées.

Rhumatologie

Sept objectifs se rapportent à ce groupe thématique : six résultats de santé, un déterminant.

015 : Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 h par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête Sumer 2003
082 : Ostéoporose : réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus)
083 : Polyarthrite rhumatoïde : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde
084 : Spondylarthropathies : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par les spondylarthropathies
085 : Arthrose : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites
086 : Lombalgies : réduire de 20 % en population générale la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle d'ici 2008
087 : Arthrose : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose

Un seul objectif a pu être mesuré : bien qu'apparaissant en tendance favorable, il n'est pas atteint

- Objectif 82 (ostéoporose / réduction des fractures du col du fémur) :
    - Cet objectif suit une tendance régulière à la baisse qui se poursuit entre 2003 et 2007, mais de façon insuffisante pour atteindre strictement le niveau requis.
    - A noter que la validité de la donnée de référence du GTNDO dont on ne connaît pas la source, est difficile à apprécier. Cela rend les tendances difficilement interprétables.

Six objectifs ne sont pas mesurés

Quatre sont formulés en termes de restriction d'activités et limitations fonctionnelles de la pathologie concernée, sans qu'on dispose d'outils de mesure pour ces indicateurs dans le cadre d'une enquête en population :

- Objectif 83 (réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde)
    - Deux cohortes ont été initiées sous l'impulsion de sociétés savantes (Société française de rhumatologie, Société de médecine interne), de l'Inserm, de centres hospitaliers et de laboratoires pharmaceutiques :
        - Espoir (Etude et suivi des polyarthrites indifférenciées récentes) : 800 patients en tout début d'évolution, et pas encore traités, ont été inclus en 2003-2005, avec un suivi prévu sur dix ans.
        - CORPUS : Etude observationnelle recrutant tous patients avec une polyarthrite rhumatoïde, une spondylarthrite ou une arthrite juvénile, de 124 centres participants, avec pour objectif un suivi annuel, centré sur la prise en charge et les biothérapies.

- Objectif 84 (réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la spondylarthrite ankylosante)
    - Deux cohortes (dont l'une commune à la polyarthrite rhumatoïde) ont été initiées sous l'impulsion de sociétés savantes (Société française de rhumatologie, Société de médecine interne), de l'Inserm, de centres hospitaliers et de laboratoires pharmaceutiques :
        - CORPUS (cf. objectif 83).
        - Desir (Devenir des spondylarthropathies indifférenciées récentes), étude nationale conduite dans 25 centres hospitaliers visant à recruter 700 patients suivis tous les

six mois pendant les deux premières années puis tous les ans pendant les trois années suivantes.

- Objectif 85 (arthrose et limitations fonctionnelles)

- Objectif 86 (lombalgies et limitations fonctionnelles)

- L'objectif 87 (arthrose) se rapporte à la qualité de vie, dont la mesure n'est, à ce jour, pas prévue pour cette pathologie dans le cadre d'une enquête.

- Pour l'objectif 15 (troubles musculo-squelettiques professionnels), les données de comparaison avec l'enquête de référence ne seront disponibles qu'en 2010 (Sumer 2009).

Conclusion

Six résultats de santé, un déterminant : un seul objectif mesuré.

Pour les six objectifs non mesurés, cinq sont des objectifs de résultats de santé exprimés selon une mesure de l'incapacité ou de limitation fonctionnelle ou de qualité de vie, qui nécessitent de construire les outils et les supports d'enquête pour les mesurer ; un est un déterminant de santé dont la période de mesure ne coïncide pas avec l'échéance de l'évaluation.

Le seul objectif pour lequel on dispose de données (ostéoporose), montre une tendance à la baisse qui n'atteint pas exactement le niveau souhaité à l'issue de la période d'évaluation.

Neurologie

Cinq objectifs se rapportent à ce groupe thématique. Tous sont formulés en termes de résultats de santé.

062 : Épilepsie : prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie
063 : Maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients
064 : Maladie de Parkinson : retarder la survenue des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité sévères chez les personnes atteintes
065 : Sclérose en plaques : pallier les limitations fonctionnelles induites par la maladie
072 : Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC

L'atteinte de ces cinq objectifs ne peut être mesurée

- Objectif 62 (limitations cognitives de l'épilepsie de l'enfant) :
    - L'objectif préalable (quantifier l'impact global de la maladie sur le développement cognitif de l'enfant) est réalisé en partie par une enquête de l'Inserm conduite dans le Val-de-Marne en 2005-2006, sur les troubles cognitifs, l'intégration scolaire et la qualité de vie des enfants âgés de 3 à 16 ans atteints d'épilepsie de tous types.
    - A ce jour, l'indicateur associé à cet objectif doit encore être défini.
    - Les indicateurs de cadrage (incidence des cas graves via les ALD 9 et prévalence des enfants traités *via* les médicaments remboursés) ne sont pas encore mesurables de façon fiable et doivent faire l'objet d'une expertise par des neurologues pédiatriques.

- Objectif 63 (perte d'autonomie des personnes malades et retentissement sur les proches de la maladie d'Alzheimer) :
    - L'objectif préalable (mesurer la perte d'autonomie et le retentissement sur les proches), qui nécessitait d'élaborer un score d'autonomie et d'expertiser les données de l'enquête HID concernant les aidants, n'a pas été réalisé.
    - La population de référence n'est pas quantifiée : il y a en effet une discordance entre l'estimation de la prévalence de cette maladie par l'Inserm et les données de l'assurance maladie.

- Objectif 64 (limitations fonctionnelles et maladie de Parkinson) :

    - L'objectif préalable (définir les critères de sévérité) n'est pas réalisé. On ne peut préciser la prévalence des formes sévères en population générale. Il n'y a pas non plus d'étude disponible en France permettant d'évaluer la part des différentes formes de maladie de Parkinson en fonction de la gravité de l'affection.
    - On manque de données épidémiologiques facilement disponibles pour apprécier la qualité de la prise en charge des patients, tant sur le suivi médical, que sur le suivi chirurgical ou sur la place des techniques de rééducation.

- Objectif 65 (limitations fonctionnelles et sclérose en plaques - SEP) :
    - l'objectif préalable était de mettre en place un dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activités liées à la SEP. Un logiciel de suivi de l'état de santé des patients, utilisé par treize centres spécialisés français, en 2005, dans le cadre de l'action concertée européenne « EDMUS », comporte des échelles d'incapacité et de qualité de vie, en partie spécifiques à la SEP (score de handicap ponctuel et de handicap résiduel). La coordination française de ce projet est effectuée par les Hospices Civils de Lyon. Il serait nécessaire d'expertiser l'utilisation de ces données à visée de recherche clinique, dans le cadre d'un suivi des indicateurs de santé publique.

- Objectif 72 (fréquence et sévérité des séquelles fonctionnelles des AVC) :
    - l'objectif préalable était de mettre en place un dispositif de mesure des limitations fonctionnelles. Aucune donnée ne permet de déterminer si les politiques publiques ont permis de limiter la perte d'autonomie des personnes malades. Il existe pourtant des données d'offres de soins : démographie des neurologues par région (2006 – rapport Berland), nombre d'unités neurovasculaires par région (source SROS), nombre d'établissements recevant plus et moins de 300 AVC par an (PMSI, FHF), nombre d'AVC par territoire de santé (Source FHF), nombre d'ALD pour AVC (191 000 en 2004). Les données du registre dijonnais (1985-2004) avant la Loi de santé publique ont montré : une incidence stable sur des périodes de cinq ans, un recul de l'âge moyen de survenue des AVC : cinq ans chez l'homme, huit ans chez la femme, une baisse de 10 % de la mortalité à 28 jours et des profondes modifications des facteurs de risque.

Conclusion

Les cinq objectifs étaient tous formulés selon une mesure du retentissement fonctionnel ou cognitif ou l'impact sur l'autonomie. Ils étaient assortis d'un objectif préalable de connaissance épidémiologique ou de mise en place d'outils ou de critères de mesure de la déficience ou du handicap adaptés à la population ciblée. Ces objectifs préalables sont non ou incomplètement réalisés. En particulier, dans trois cas, on ne dispose pas d'une connaissance stabilisée de la fréquence de la maladie.

Dans deux cas (épilepsies de l'enfant et maladie de Parkinson), l'indicateur n'est pas identifiable. La pertinence et la cohérence de la formulation de ces objectifs sont à réexaminer.

Dans les deux autres cas, des enquêtes épidémiologiques sont, soit en cours de développement (maladie d'Alzheimer), soit existantes (SEP) mais nécessitent d'expertiser et d'organiser leur exploitation dans le cadre du suivi de la loi, pour les années à venir.

En ce qui concerne l'AVC, seuls les aspects qui concernent les limitations fonctionnelles ne sont pas disponibles ; les AVC ont par ailleurs fait l'objet de nombreuses études.

Maladies rares

Deux objectifs se rapportent à ce groupe thématique. L'un est exprimé en termes de résultat de santé, l'autre d'activité / procédure.

088 : Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose
090 : Maladies rares : assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge

Un objectif, en partie évaluable, ne montre pas de tendance favorable

- Objectif 88 (mortalité et qualité de vie des drépanocytaires)
  - La drépanocytose est la plus fréquente des maladies rares génétiques en France.
  - On ne dispose que d'un point de mesure regroupant les données sur la période 2001-2005.
  - Cependant, cet indicateur pose un problème d'interprétation, du fait du codage non systématique de la drépanocytose en cause principale du décès (au profit des complications, plus fréquemment causes du décès) et du faible nombre de cas en France, soumis à des variations liées aux flux migratoires. Un indicateur de morbidité rencontrerait le même problème.
  - On constate toutefois une augmentation de l'âge au décès en cause principale, témoin d'une amélioration du pronostic.
  - La plupart des cas de décès et d'hospitalisations est concentrée dans les DOM et en Ile-de-France.
  - Concernant la qualité de vie des patients, on ne dispose pas d'indicateur permettant une approche quantifiée. Très peu de données sont rapportées dans des travaux de sciences sociales, menés notamment à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) (Doris Bonnet) et au CERMES (Jon Cook et Anne Tursz)[17]. La question se pose de la pertinence à cibler une maladie rare spécifiquement, plutôt que de regrouper le questionnement de la qualité de vie sur toutes ou plusieurs, ou sur un groupe de maladies chroniques. Cependant, en dehors des centres spécialisés, il faut souligner un déficit majeur de prise en charge et de traitement approprié des crises douloureuses drépanocytaires, sources d'une altération massive de la qualité de vie des patients. Le traitement basé sur l'administration en urgence de morphine pâtit de l'absence de protocole et d'une, réticence vis-à-vis de l'utilisation de la morphine.

L'évolution d'un objectif n'est pas mesurable à ce jour

- Objectif 90 (équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et la prise en charge des maladies rares) :
  - L'importante hétérogénéité du champ concerné rend complexes la définition de critères d'équité et leur mesure. En particulier, il paraît difficile de choisir des pathologies traceuses, qui sont soit trop rares pour être suivies, soit plus fréquentes mais non illustratives des problématiques posées par les maladies extrêmement rares.
  - L'évaluation de l'atteinte de cet objectif est donc réalisée qualitativement à travers l'évaluation du « plan maladies rares 2004-2008 », réalisée par le HCSP au cours de l'année 2008 : celle-ci amène à l'existence de réalisations positives, mais sans qu'on puisse statuer sur l'amélioration de l'équité de la prise en charge.
    - 132 centres de référence pour une ou plusieurs maladies rares ont été labellisés jusqu'en 2007. Une enquête menée en 2007 par Alliance maladies rares, montre que sur 86 pathologies étudiées, 75 % sont couvertes par un de ces centres. Toutefois, leurs moyens ne permettent souvent pas d'assurer leurs multiples fonctions de prise en charge des patients, conseil et formation des professionnels non spécialisés, recherche et recueil d'information.

[17] La drépanocytose : regards croisés sur une maladie orpheline (sous la direction de Lainé A). Editions Karthala, 2004, 331 p.

- Il est ainsi encore impossible de décrire la situation épidémiologique des patients atteints de maladies rares et trop tôt pour disposer de données concernant leurs modalités de prise en charge.
- Dix-sept protocoles nationaux de diagnostic et de soins (PNDS) ont été élaborés et diffusés par la Haute Autorité de santé (HAS). Ils visent, pour une maladie rare donnée, à expliciter pour les professionnels de santé la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un patient, afin d'homogénéiser leur prise en charge, leur suivi, et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage.
- L'accès aux médicaments hors AMM (autorisation de mise sur le marché) et à d'autres produits de santé, permis par l'article 56 de la loi de finances de la sécurité sociale de 2007, est dans les faits complexe à mettre en œuvre au plan administratif et se traduit par des disparités de remboursement, notamment de frais de transport, entre les caisses d'assurance maladie.
- Le faible niveau de connaissance et de reconnaissance de ces maladies par la population et par les médecins non spécialistes est une source encore importante de stigmatisation et de retard au diagnostic et à la prise en charge des patients atteints de maladie rare.
- L'information de grande qualité, développée par le biais des sites internet dédiés (Orphanet et les sites associatifs) est primordiale mais encore insuffisamment connue en dehors des milieux spécialisés et associatifs.
- Enfin, concernant le dépistage, la réflexion s'est insuffisamment développée, ne permettant pas encore d'offrir une stratégie et une offre en rapport avec les besoins des familles concernées.
- Malgré ces insuffisances, le rapport d'évaluation du plan maladies rares 2005 – 2008 souligne les progrès accomplis grâce au plan : « Les associations et les professionnels portent un jugement très positif sur le dispositif des centres de référence, clef d'une amélioration de la prise en charge médicale des malades. Les efforts réalisés dans l'information des médecins et du public grâce notamment à Orphanet ont contribué à améliorer l'accès à une prise en charge adaptée ».

Conclusion

Ce thème comporte deux objectifs, l'un ciblant spécifiquement une pathologie, l'autre de nature globale sur toutes les maladies rares.

Ces deux objectifs sont difficiles à évaluer, les indicateurs étant soit d'interprétation délicate, soit non définis.

Concernant la drépanocytose, l'âge au décès en augmentation peut être un signe encourageant de meilleur pronostic. Cependant, comme c'est le cas pour d'autres maladies rares, la méconnaissance de cette pathologie de la part des professionnels non spécialisés, par exemple la prise en charge des crises douloureuses, est un marqueur d'une inéquité flagrante de prise en charge des personnes malades.

Concernant l'ensemble des maladies rares, malgré le jugement positif porté par les associations et les professionnels sur la mise en place de l'important dispositif des centres de références, le faible recul et la relative faiblesse des moyens en regard des objectifs du plan maladies rares ne doivent pas occulter des réelles inégalités de reconnaissance et d'accès à une prise en charge rapide et appropriée de ces patients par rapport aux personnes atteintes d'autres pathologies.

Qualité de vie

Huit objectifs se rapportent à ce groupe thématique. Tous sont exprimés en termes de résultats de santé.

031 : Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants

032 : Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie.

035 : Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles (3.6% des personnes âgées de 5 ans et plus en population générale selon l'enquête HID, personnes ayant répondu au module de l'indicateur de Katz)

075 : Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie.

076 : Réduire le retentissement des Mici sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes

081 : Réduire le retentissement de l'insuffisance rénale chronique sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse

087 : Arthrose : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose

088 : Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose

Un objectif était partiellement atteint avant la loi, mais non évaluable sur la période

- Objectif 31 (douleurs modérées et sévères) :
    - Des mesures disponibles, antérieures à la loi, montrent un niveau déjà atteint concernant la pratique de la péridurale lors des accouchements : cet indicateur sera à redéfinir.
    - La répétition de questions dans les enquêtes de référence (dernières données en 2000) n'a pas été programmée en 2005 pour les indicateurs appréciant le niveau de douleur ressentie (enquête ESPS de l'Irdes, baromètre santé de l'INPES). Les autres indicateurs ne peuvent donc être suivis.
    - Des données sur les consommations d'antalgiques, dont les opioïdes, montrent une augmentation continue jusqu'en 2007.
    - Il n'y a pas de données concernant la douleur de l'enfant.
    - Concernant les douleurs cancéreuses, l'enquête nationale « La vie deux ans après le cancer », menée en 2004-2005 auprès des personnes en affection de longue durée pour une tumeur maligne, donne une estimation unique, qui ne sera *a priori* pas renouvelée, de la prévalence des douleurs physiques modérées, grandes ou très grandes et des douleurs limitant les activités professionnelles ou domestiques, au cours des quatre semaines écoulées.

Un objectif, en partie mesurable, ne montre pas de tendance favorable

- Objectif 88 (mortalité et qualité de vie des drépanocytaires) : se référer au chapitre « maladies rares ».

L'évolution des six autres objectifs de cette thématique ne peut pas être mesurée

- Objectif 35 (restrictions d'activité induites par les limitations fonctionnelles) :

  - L'objectif préalable de construction d'un outil spécifique n'a pas été réalisé. L'enquête Handicap santé des ménages ordinaires (HSM[18]), en cours d'exploitation en 2009, permettra de fournir certains indicateurs illustrant cet objectif, qui doit être complété par des objectifs spécifiques par pathologie.

- Objectif 75 (limitations fonctionnelles et qualité de vie des BPCO) :
  - La mortalité liée à la BPCO est sous-estimée compte tenu de l'importance du sous-diagnostic de cette maladie, y compris aux stades sévères.
  - L'enquête décennale santé 2002-2003 Insee en population générale (personnes âgées d'au moins 45 ans) a montré que la bronchite chronique était associée à une qualité de vie altérée et à une fréquence accrue des limitations fonctionnelles et des restrictions dans les activités quotidiennes.

- Objectif 76 (Mici et qualité de vie) :
  - Selon les données publiées en 1994 et en 1997 par les trois registres français (EPIMAD pour les départements Nord, Pas-de-Calais, Somme et Seine-Maritime ; EPIMICI pour le Puy-de-Dôme ; ABERMAD pour la Bretagne), le taux d'incidence standardisé pour la maladie de Crohn varie de 2,8 à 5,7 pour 100 000, le nombre de personnes atteintes étant estimé à environ 60 000 en France et celui de la rectocolite hémorragique de 2,7 à 3,2 pour 100 000 habitants.
  - Fin 2007, les données de l'assurance maladie font état de près de 110 000 en ALD pour l'une ou l'autre des Mici.
  - On observe une diminution de l'incidence des interventions mutilantes de l'ordre de 10 % des patients pris en charge entre 2003 et 2007.
  - L'indicateur de score de qualité de vie n'est pas disponible, ce qui était l'objectif préalable de la loi de 2004.

- Objectif 81 (insuffisance rénale et qualité de vie) :
  - L'objectif préalable (mesure de la qualité de vie des patients atteints) s'est concrétisé par l'enquête QV-REIN menée en 2005 chez les patients en insuffisance rénale chronique terminale dialysés, dans huit régions :
    - La qualité de vie de ces patients est très altérée par rapport à la population générale, et de façon plus marquée dans les dimensions à composantes physiques. Les femmes ont une moins bonne qualité de vie que les hommes, la qualité de vie diminue avec l'âge, ainsi qu'avec l'ancienneté de la dialyse.
    - Dans une moindre mesure, l'absence de co-morbidités cardiovasculaires, de diabète, de handicaps, les lieux et méthodes de dialyse favorisant l'autonomie des patients, l'inscription sur la liste d'attente de transplantation rénale, une albuminémie supérieure à 35 g/l avaient une influence positive sur la qualité de vie.
  - Mais il n'y a pas de point de comparaison, la répétition de l'enquête n'étant pas planifiée avant 2009 ou 2010 en articulation avec la prochaine définition des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

- Objectif 87 (arthrose et qualité de vie) :
  - Les indicateurs de qualité de vie et de mesure des complications des traitements médicamenteux n'ont pas été mis en place, à ce jour.
  - L'enquête HSM est en cours d'exploitation et devrait, en principe, fournir les données concernant la fréquence de l'arthrose et celle des prothèses de hanche et de genou.

- Objectif 32 (douleurs rebelles, chez les personnes âgées et en fin de vie)
  - L'objectif préalable relatif à la meilleure connaissance épidémiologique des douleurs chroniques rebelles n'a pas été réalisé.

[18] L'enquête HSM est le prolongement de l'enquête Handicaps Incapacités Dépendance (Insee, 1998-1999) et de l'enquête Santé (Insee, 2002-2003)

- En l'absence de définition suffisamment explicite de ces douleurs touchant les personnes âgées ou les patients en fin de vie, les indicateurs approchés figurent dans l'enquête décennale santé 2002-2003. En comparant cette dernière avec l'enquête HSM (2008-2009), on objective une relative stabilité des limitations dues à des douleurs, dans toutes les tranches d'âge.
- L'enquête ESPS, réalisée en 2000 et 2008, indique une tendance à la diminution des douleurs chez les personnes de moins de 65 ans et à l'augmentation chez les plus de 65 ans. Cependant, ceci n'est pas retrouvé dans l'enquête HSM. Ces indicateurs ne permettent pas d'aborder spécifiquement la fin de vie.
- Au total l'objectif de diminution d'intensité et de durée des épisodes douloureux n'est pas abordé par ces indicateurs.

Conclusion

Ce thème comprend huit résultats de santé.

Pour les six objectifs dont il n'est pas possible d'évaluer l'évolution, on constate de façon constante une faiblesse des systèmes d'information pour documenter les indicateurs de qualité de vie. L'absence d'indicateurs suffisamment définis dans les enquêtes disponibles ne permet pas de connaître l'évolution actuelle de la qualité de vie chez les personnes souffrant de maladies chroniques.

Les objectifs préalables à l'évaluation de la qualité de vie sont encore de développer et d'utiliser des indicateurs de qualité de vie, à la fois génériques (WHOQOL-BREF, HRQOL-4) afin de comparer les différentes pathologies entre elles et à la fois spécifiques de chaque maladie.

Les quelques enquêtes mises en place n'ont pas une périodicité adéquate par rapport à l'évaluation d'une loi quinquennale. La pertinence de certains indicateurs ou de leur seuil peut être réexaminée.

Le seul objectif partiellement évaluable, exprimé en termes de résultat de santé (drépanocytose), ne montre pas d'amélioration en termes de mortalité, mais le choix des indicateurs et le ciblage de cette pathologie rare posent des questions stratégiques de définition d'objectifs à spécificité territoriale, de choix des pathologies prioritaires dans les objectifs de la loi.

Malgré les efforts fournis durant les vingt dernières années pour la prise en charge de la douleur, elle reste une priorité absolue car déterminante pour la qualité de vie des malades chroniques. Ainsi, de nombreuses difficultés sont encore rencontrées lors de l'application des protocoles de prise en charge de la douleur, la douleur des patients arthrosiques est encore minimisée, la prise en charge des poussées douloureuses drépanocytaires, qui requièrent un traitement morphinique immédiat, n'est pas connue des services de premier recours non spécialisés.

Il existe une inégalité de qualité de vie et d'accès aux soins selon les pathologies, mais également une inégalité selon la situation urbaine ou rurale (dialyse), selon les régions (Mici), selon la précarité des situations (drépanocytose).

Santé mentale

Six objectifs se rapportent à ce groupe thématique : un résultat de santé, deux déterminants, trois activités/procédures.

057 : Psychoses délirantes chroniques : diminuer de 10 % le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité
058 : Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs
059 : Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20 % le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus
060 : Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : augmenter de 20 % le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique
061 : Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation
092 : Suicide : réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an)

Un objectif est partiellement atteint

- Objectif 58 (prise en charge des usagers de drogues et polytoxicomanes) :
  - le nombre et la part de patients sous traitement de substitution augmentent régulièrement depuis 1995, cette tendance se maintenant entre 2004 et 2007 ; cependant, les données de couverture en traitement de substitution concernant les établissements pénitentiaires (indicateur complémentaire) ne sont pas disponibles après 2004. Les données antérieures montrent cependant une tendance à l'augmentation de la dispensation des traitements par la méthadone et de la proportion de personnes sous traitement de substitution.

Un objectif montre une tendance favorable, bien qu'il ne soit pas atteint à ce jour

- Objectif 92 (décès par suicides en 2008) :
  - L'objectif n'a pas atteint le niveau requis en 2006 (12 500 décès en 2006, après correction de la sous-estimation) avec des taux standardisés nettement plus élevés chez les hommes et les personnes âgées. Toutefois en taux standardisés, la tendance est globalement décroissante depuis 1990, particulièrement chez les personnes âgées de plus de 75 ans et, de façon moindre, chez les adolescents et jeunes adultes. Cependant, la décroissance très significative observée entre 1990 et 2000 chez les jeunes de moins de 25 ans a laissé place à une quasi-stagnation entre 2000 et 2006. De fortes disparités régionales existent avec les taux les plus élevés dans le nord de la France.

Les quatre autres objectifs n'ont pu être mesurés

- Objectif 57 (psychotiques chroniques en situation de précarité) :
  - les indicateurs proposés dans les suites de la loi n'ont pas été construits.
  - il faut souligner le caractère non opérationnel de la formulation de l'objectif en rapport avec une mesure de la précarité, à ce jour non définie.

- Objectif 61 (marginalisation sociale et stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques) :
  - L'objectif préalable de disposer d'un outil de mesure de l'exclusion sociale n'a pas été réalisé.

- Objectif 59 (troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques non reconnus) :
    - L'objectif préalable de définition des outils de dépistage n'est pas réalisé.
    - Les indicateurs existent, mais les données ne sont que partiellement disponibles via des enquêtes déclaratives – Baromètre santé 2005 et SMPG 2003 - et les enquêtes ne sont pas répétées à intervalle régulier.
    - Sans disposer de plusieurs points qui permettraient d'observer les tendances, le niveau de recours aux soins pour les troubles dépressifs (les données pour l'anxiété n'ont pas été exploitées) apprécié par différentes enquêtes en 2005 n'est pas satisfaisant.

- Objectif 60 (traitement conforme aux bonnes pratiques des troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques) :
    - La mise en place d'une enquête spécifique était également requise mais le même problème de définition préalable d'outil de dépistage n'a pas été résolu.
    - Aucun indicateur n'a été proposé.

Conclusion

Six objectifs concernaient cette thématique : 1 résultat de santé, 2 déterminants, 3 activités/procédures.

Pour les quatre objectifs non mesurés (deux déterminants, deux activités), les définitions conceptuelles et opérationnelles attachées à la construction des indicateurs n'ont pas été réalisées (il est nécessaire de préciser les notions de précarité, marginalisation sociale et stigmatisation d'une part, le mode de repérage des patients atteints de troubles bipolaires d'autre part). Le rôle du Groupement d'intérêt scientifique (GIS) Santé mentale aurait dû être déterminant dans la définition des indicateurs associés à ces quatre objectifs ainsi que dans la proposition d'un système d'information approprié, mais cela n'a pas été le cas.

Concernant les deux autres objectifs, l'un de santé (suicide), évolue favorablement, plus particulièrement dans certaines tranches d'âge, mais avec de fortes disparités régionales, l'autre d'activité (prise en charge de toxicomanes) est partiellement atteint, au prix d'une politique continue depuis 1995 de développement de l'accès aux traitements de substitution.

OBJECTIFS RELATIFS A LA SANTE AUX DIFFERENTS AGES

Personnes âgées

Ce groupe thématique comprend six objectifs. Ils sont répartis en cinq objectifs de résultats de santé et un d'activité / procédure.

063 : Maladie d'Alzheimer (cf. neurologie)

078 : Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire

085 : Arthrose (cf. rhumatologie)

098 : Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008)

099 : Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008

100 : Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé (cf. risques liés aux soins)

Un objectif ne montre pas de tendance favorable *(commun au thème « santé de la femme »)*

- Objectif 78 (incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme) :
  - Les données de l'enquête ESPS 2006 et 2008 montrent une stabilité de la prévalence des pertes involontaires d'urine déclarées. Les données de la précédente enquête de 2004 ne sont pas strictement comparables.
  - Les données du SNIIR-AM sur les prescriptions de rééducation périnéale ne sont pas disponibles.

Cinq objectifs ne peuvent être mesurés

- Objectif 63 (perte d'autonomie et retentissement sur les proches de la maladie d'Alzheimer) : *cf. thème « neurologie »*

- Objectif 85 (arthrose et limitations fonctionnelles) : *cf. thème « rhumatologie »*
  - Cet objectif, comme plusieurs autres objectifs de rhumatologie, est formulé en termes de restriction d'activités et limitations fonctionnelles de la pathologie concernée, sans qu'on dispose d'outils de mesure pour ces indicateurs dans le cadre d'une enquête en population.

- Objectif 98 (dénutrition du sujet âgé) : *cf. thème « nutrition »*
  - La mesure de l'albuminémie dans l'enquête ENNS n'est pas disponible en 2009. En outre, elle ne porte que sur les personnes âgées au plus de 75 ans.

- Objectif 99 (chutes des personnes âgées de plus de 65 ans) :
  - Les données de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac) ne sont disponibles que jusqu'en 2004 et montrent une stabilité du nombre de chutes sur deux ans.
  - Les données de l'enquête Epac sont dépendantes des caractéristiques des hôpitaux volontaires participants et donc non représentatives de la population générale.

- Objectif 100 (prescription inadaptées chez les personnes âgées) : *cf. thème « iatrogénie »*
  - Des propositions d'indicateurs avaient été faites par le groupe projet en 2005, mais en pratique, il n'y a pas eu de définition claire des indicateurs choisis et à ce jour, on ne dispose que de quelques mesures éparses, dont le recueil n'est pas stabilisé.

Conclusion

Les six objectifs relatifs au vieillissement sont, pour la plupart, communs à d'autres thèmes, en fonction des pathologies concernées.

Seul l'objectif 99 (chutes) est spécifique à la santé des personnes âgées.

Au sein de ce groupe, l'évolution de cinq objectifs n'a pu être mesurée : deux car ils sont définis par rapport à une mesure de la limitation fonctionnelle liée à la pathologie (Alzheimer et arthrose), deux pour lesquels les supports d'enquête existent, mais les données ne sont pas exploitées (dénutrition dans ENNS et chutes dans Epac), un qui nécessite un travail approfondi d'expertise pour définir l'indicateur approprié (prescriptions inadaptées).

Le seul objectif quantifié (incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme) paraît sous-estimé par les enquêtes déclaratives en place et son évolution ne paraît pas favorable.

Femmes : Santé de la reproduction

Ce groupe thématique comprend sept objectifs. Ils sont répartis en trois objectifs de résultat de santé, un objectif déterminant de santé et trois objectifs d'activité / procédure.

044 : Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union européenne : passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008
045 : Réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008
046 : Grossesses extra-utérines : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité (GEU)
047 : Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme
077 : Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs
089 : Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes
097 : Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours

Un seul objectif montre une évolution favorable

- Objectif 44 (mortalité maternelle[19]) :
    - Le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes est en baisse plus ou moins régulière. L'objectif de 5 pour 100 000 fixé par la loi est en bonne voie même s'il ne sera probablement pas atteint à l'échéance. Compte tenu du nombre peu élevé de décès, il ne semble pas pertinent de désagréger les chiffres par région, année par année. Toutefois, l'ensemble des DOM enregistre des taux nettement supérieurs à ceux de la métropole.
    - Concernant le nombre et la proportion de décès maternels jugés évitables, les regroupements sur plusieurs années (1996-2000 vs 1999-2003) montrent une tendance à la diminution. Les données postérieures à 2003 sont disponibles mais sous-estimées et ne peuvent être comparées.

Parmi les six autres, deux sont évaluables et ne montrent pas de tendance favorable

- Objectif 45 (mortalité périnatale) :
    - Le taux de mortalité périnatale[20] est l'indicateur principal qui correspond à l'objectif. Il était de 11 pour 1 000 naissances totales en 2007, soit une stagnation depuis la hausse observée lors de la modification des seuils d'enregistrement de la mortinatalité en 2001.
    - Il faut noter que le taux français de mortinatalité, lorsqu'il est calculé en comptabilisant les enfants mort-nés, comme le veut le consensus international, est le plus élevé de tous les états membres de l'Union européenne à 27 (valeurs entre 4 et 6 pour 1 000, selon les pays).

- Objectif 97 (accès à la contraception et l'IVG) :
    - Le taux très élevé de la contraception en France (95,4% parmi les femmes sexuellement actives âgées de 15 à 49 ans ne souhaitant pas avoir d'enfants) ne doit pas masquer une augmentation de l'usage de la contraception d'urgence, moins fiable, comme de l'évolution du taux d'IVG, globalement stable depuis 2000, mais en augmentation chez les femmes mineures. Il est difficile d'affirmer que l'objectif 97, qui est d'assurer l'accès à une contraception adaptée dans de bonnes

[19] Le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes est défini par le nombre de décès de femmes survenus pendant la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

[20] Rapport des morti-naissances (comptées à partir de 22 Semaines d'âge gestationnel) plus les enfants nés vivants, mais décédés au cours de leur première semaine de vie (0-6 jours révolus), aux naissances totales (morti-naissances plus naissances vivantes).

conditions, a été atteint pour toutes les catégories de la population. Il semble y avoir plus spécialement des problèmes pour les jeunes filles et dans les DOM.

L'évaluation des quatre autres objectifs n'est pas possible en 2009

- Objectif 46 (complications des GEU responsables d'infertilité) :
  - Il n'y a pas d'indicateur adapté permettant d'évaluer l'objectif 46, mais seulement des indicateurs approchés qui ne répondent pas à la question telle qu'elle est formulée. Ainsi en est-il de la fréquence des GEU, qui apparaît très importante. Le ratio pour 100 naissances vivantes des grossesses extra-utérines hospitalisées était estimé en 2007 à 1,6 pour 100 naissances vivantes, à partir des données de la base nationale du PMSI. Il est en augmentation chez les très jeunes. De plus, de fortes disparités régionales existent (Guadeloupe, Martinique) sans qu'il soit possible de dire si elles tiennent à l'offre de soins ou aux caractéristiques des populations.
  - Il est difficile, au vu de ces seules données, de conclure à une atteinte de l'objectif, car rien ne permet d'affirmer que ces GEU seront responsables ou non d'infertilités ultérieures.

- Objectif 47 (situations périnatales à l'origine de handicaps) :
  - L'objectif préalable d'identification des situations périnatales génératrices de handicap à long terme n'a pas été réalisé.
  - Deux indicateurs principaux, mais approchés du risque périnatal potentiellement à l'origine du handicap, ont été mesurés : la fréquence et la distribution (selon l'âge gestationnel) de la prématurité (terme à la naissance inférieur à 37 semaines) ; fréquence et distribution des petits poids de naissance. L'indicateur complémentaire est la distribution des scores d'Apgar à cinq minutes de vie.
  - Les dernières données disponibles datent de 2003. Ces indicateurs ne seront pas connus avant la réalisation de la prochaine enquête nationale périnatale prévue en 2010.
  - Il avait été postulé que les remontées agrégées des données des certificats de santé du 8^{e} jour permettraient de disposer de ces informations ; il n'en est rien pour le moment. De même le PMSI avait été évoqué sans que des résultats concrets ne soient divulgués à ce jour.

- Objectif 77 (proportion de traitements conservateurs de l'endométriose) :
  - Les indicateurs suggérés étaient : l'incidence, la prévalence et la proportion des traitements conservateurs au cours des prises en charge.
  - La mesure de l'incidence et de la prévalence de l'endométriose est non seulement impossible dans le cadre des données disponibles, mais sans réelle pertinence.
  - L'objectif d'augmentation de la proportion de traitements médicaux est également à la fois impossible à évaluer et de pertinence discutable compte tenu des recommandations thérapeutiques actuelles.

- Objectif 89 (accès à un dépistage anténatal respectueux des personnes) :
  - Il n'y a pas d'indicateur principal permettant d'évaluer l'objectif préalable d'estimation de la fréquence actuelle des naissances d'enfants atteints d'une affection d'origine anténatale, pour laquelle il n'y a pas eu d'évaluation préalable du risque.

Conclusion

Ce thème comporte trois objectifs de résultats de santé, un de déterminant de santé et trois d'activité / procédure.

Un objectif résultat de santé (mortalité maternelle) est d'évolution favorable mais la tendance peut s'infléchir du fait du changement de profil des parturientes.

Pour les deux objectifs sans tendance favorable :
- L'objectif exprimé en résultat de santé qui concerne la mortalité périnatale a subi des modifications de seuils d'enregistrement de la mortinatalité qui expliquent pour l'essentiel le saut brutal de l'indicateur en 2002. Toutefois, sur la période d'évaluation les taux semblent stagner.
- L'évolution de l'objectif d'activité / procédure qui concerne l'accès à la contraception et l'IVG, sans seuil d'atteinte clairement identifié, peut être jugé non satisfaisante. Ainsi il semble nécessaire qu'une attention particulière soit portée aux jeunes femmes et dans les DOM.

S'agissant des quatre autres objectifs, dont il n'est pas possible en 2009 d'apprécier l'évolution :
- Pour l'objectif exprimé en résultat de santé, il n'y a pas d'indicateur adapté permettant d'évaluer le taux de complication des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité.
- Il en est de même pour les objectifs d'activité /procédure concernant l'endométriose et l'accès à un dépistage anténatal.
- Enfin pour l'objectif de type déterminant de santé sur les situations périnatales à l'origine de handicap, l'objectif préalable d'identification des situations périnatales génératrices de handicap à long terme n'a pas été réalisé et les indicateurs approchés retenus ne pourront être suivis qu'après 2010.

Le bilan très contrasté en 2009 des objectifs en santé de la reproduction et périnatale, tels qu'ils avaient été définis en 2004 pour la LSP, ne doit pas masquer une situation qui reste globalement favorable (niveau de fécondité élevé et mortalité infantile très faible). L'absence de données statistiques annuelles fiables concernant la prématurité (âge gestationnel), le poids de naissance des enfants, et le nombre de mort-nés de 22 SA et plus, constitue une lacune qui doit être résolue rapidement. Les données des interruptions thérapeutiques de grossesse (ITG) sont insuffisantes dans leur exploitation actuelle et ne permettent pas de définir des objectifs précis à atteindre. Les données sur la contraception sont à surveiller attentivement compte tenu d'une tendance non satisfaisante chez les jeunes, à mettre en relation avec l'augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST).

Autres problèmes de santé des femmes

Ce groupe comprend trois objectifs. Ils sont répartis en deux objectifs de résultats de santé et un d'activité / procédure.

077 : Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs.
078 : Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme (cf. vieillissement)
079 : Pathologies mammaires bénignes chez la femme : réduire le retentissement des pathologies mammaires bénignes sur la santé et la qualité de vie des femmes

Les deux premiers objectifs ont été traités par ailleurs. Le troisième n'a pu être évalué. Sans méconnaître le retentissement de ces pathologies mammaires bénignes, et en particulier des mastopathies sur la qualité de vie des femmes concernées, la pertinence de cet objectif paraît faible.

- Objectif 77 (endométrioses) : *cf. thème « santé de la reproduction »*
- Objectif 78 (incontinence urinaire) : *cf. thème « vieillissement »*
- Objectif 79 (pathologies mammaires bénignes) : non évaluable.

Santé de l'enfant

Ce groupe comprend cinq objectifs. Ils sont répartis en deux objectifs de résultats de santé et trois d'activités / procédures.

067 : Atteintes sensorielles chez l'enfant : assurer un dépistage et une prise en charge précoce de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant (notamment dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité ou au plus tard avant l'âge de un an, dépistage des troubles de la vue entre 9 et 12 mois, et dépistage de l'ensemble des déficits visuels et de l'audition avant l'âge de 4 ans)
091 : Réduire de 30 % d'ici à 2008 l'indice CAO mixte moyen (valeur estimée) à l'âge de 6 ans (de 1,7 à 1,2) et l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (de 1,94 à 1,4)
093 : Traumatismes non intentionnels dans l'enfance : réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008
095 : Traumatismes intentionnels dans l'enfance : définition d'actions de santé publique efficaces
096 : Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit

Deux objectifs sont partiellement atteints ou en tendance favorable

- Objectif 91 (caries dentaires à 6 et 12 ans) :
  - L'objectif est atteint en moyenne chez les enfants de 12 ans mais pas dans certaines catégories sociales ou socioprofessionnelles (agriculteurs, ouvriers, inactifs, enfants scolarisés en ZEP ou zone rurale). Il n'est pas atteint d'après les données recueillies en 2006 pour les enfants âgés de 6 ans, quel que soit l'environnement socio-économique.

- Objectif 93 (traumatismes non intentionnels dans l'enfance) :
  - Le taux de mortalité par accident de la vie courante a diminué de 15 % entre 2000 et 2006 chez les enfants de moins de 15 ans. Cette décroissance a été deux fois plus élevée chez les filles que chez lez garçons. Elle a été plus importante pour les décès par noyade et par suffocation (supérieure à - 5 % par an). Les causes d'accidents sont très variables selon l'âge (suffocations chez les tout petits, noyades chez les plus grands).
  - Malgré une tendance favorable, l'objectif n'est pas atteint.

Trois objectifs ne peuvent être mesurés

- Objectif 95 (traumatismes intentionnels dans l'enfance) :
  - Aucun indicateur n'avait été proposé initialement.
  - L'objectif principal, la définition d'actions de santé publique efficaces dans ce domaine, relevait du déploiement du Plan national violence et santé (PNVS), qui n'a pas été réalisé. En revanche, un Observatoire de l'enfance en danger (Oned) a été mis en place en 2004 afin de rassembler les multiples données et d'en faire une analyse critique et la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 a renforcé les dispositions relatives à la protection de l'enfance.

- Objectif 96 (dépistage et prise en charge des troubles du langage oral et écrit) :
  - Aucun indicateur n'avait été proposé initialement.
  - L'objectif préalable d'évaluation des résultats obtenus par le plan triennal ne semble pas avoir été réalisé. Cependant, un guide pratique de dépistage des troubles du langage, à l'usage des professionnels de l'enfance, a été publié en mars 2007.

- Objectif 67 (atteintes sensorielles chez l'enfant) : *cf. chapitre « atteintes sensorielles »*

Conclusion

Sur les cinq objectifs de ce thème, deux objectifs de santé (traumatismes non intentionnels dans l'enfance, caries dentaires à 6 et 12 ans) sont plutôt d'évolution favorable et seront reconduits. Trois ne peuvent être évalués (l'un de santé, deux d'activité procédure) : pour le premier (maltraitance à l'enfant), probablement du fait de la difficulté à rendre lisibles les informations d'origines diverses ; pour le second (troubles du langage), du fait du délai nécessaire à la construction de l'outil de dépistage ; pour le troisième (atteintes sensorielles), du fait de la complexité à définir une stratégie de dépistage.

Atteintes sensorielles

Ce groupe comprend deux objectifs formulés en termes d'activité / procédure.

067 : Atteintes sensorielles chez l'enfant : assurer un dépistage et une prise en charge précoce de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant (notamment dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité ou au plus tard avant l'âge de un an, dépistage des troubles de la vue entre 9 et 12 mois, et dépistage de l'ensemble des déficits visuels et de l'audition avant l'âge de 4 ans)
068 : Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.

L'atteinte des ces deux objectifs ne peut être mesurée à ce jour

- Objectif 67 (atteintes sensorielles chez l'enfant) :

  Cet objectif n'était initialement assorti d'aucun indicateur.

  Concernant la surdité permanente néonatale :
  - L'objectif préalable de définition des recommandations de dépistage est réalisé (recommandations de la HAS en janvier 2007).
  - L'objectif préalable de connaissances épidémiologiques des atteintes auditives, des modalités de dépistage existants et de leurs résultats n'est pas atteint : en effet la HAS avait recommandé la poursuite des expérimentations régionales avant de décider d'une généralisation au niveau national d'une stratégie de dépistage. La CnamTS a ainsi confié à l'Association française de dépistage et de prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE) la conduite d'un programme expérimental de dépistage pour 150 000 naissances, fondé sur les potentiels évoqués auditifs automatiques (PEAA) dans six villes françaises. L'évaluation de ce programme n'est pas disponible à ce jour.

  Concernant les troubles visuels :
  - L'objectif préalable de définition des recommandations de dépistage ne semble pas réalisé (recommandations de la HAS d'octobre 2002 non actualisées).
  - L'objectif préalable de connaissances épidémiologiques des atteintes visuelles, des modalités de dépistage existant et de leurs résultats ne semble pas atteint non plus : les sources d'informations disponibles chez les enfants âgés de moins de 6 ans sont de qualité variable selon les départements (certificats de santé et bilans en maternelle).

- Objectif 68 (atteintes sensorielles chez l'adulte) :
  - Les indicateurs portant sur la prévalence des troubles et leur traitement (cinq concernant les troubles auditifs, quatre les troubles visuels), sont renseignés dans le cadre de l'enquête décennale santé de l'Insee 2002-2003, ce qui, avec un seul point de mesure, ne permet pas de mesurer leur évolution au cours de la période de la loi.
  - Il n'y a pas d'indicateur de dépistage, de prise en charge précoce, des limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité.

Conclusion

Sur les deux objectifs portant sur les atteintes sensorielles, aucun ne peut être mesuré à ce jour. Celui concernant les enfants ne peut être conservé en tant qu'objectif quantifié, la stratégie de dépistage devant être définie au préalable. Celui portant sur les adultes nécessiterait d'être reformulé en ciblant la fréquence des troubles et de leur correction.

INEGALITES DE SANTE SOCIALES ET TERRITORIALES

Ce groupe comprend deux objectifs, l'un formulé en termes de résultat de santé, l'autre en termes d'activité / procédure.

033 : Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.

034 : Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans.

Le premier objectif ne montre pas de tendance favorable

- Objectif 33 (réduction des obstacles financiers à l'accès aux soins) :

  - L'objectif préalable d'analyse des conséquences d'un effet « seuil » lié aux revenus n'a pas été réalisé ; toutefois des mesures d'aide à la complémentaire santé (« crédit d'impôt ») ont été prises en 2005 pour diminuer le renoncement aux soins des personnes situées juste au-dessus du seuil de la Couverture maladie universelle (CMU).
  - La comparaison des taux de renoncement aux soins entre 2004 et 2008 montre une tendance à l'augmentation (10,0 % en 2004 et 11,6 % en 2008). Le taux augmente à mesure que le revenu diminue, et de façon très nette parmi les faibles revenus.
  - L'analyse du recours aux soins en fonction des revenus a montré que le renoncement dans le domaine dentaire ou optique diminue à mesure que le revenu augmente et ce de manière plus significative au-delà de 2200 euros mensuel par ménage en 2008 (2500 € en 2004). Il est plus important chez les femmes que chez les hommes.

Le deuxième n'a pu être spécifiquement mesuré

- Objectif 34 (réduction des inégalités devant la maladie et la mort) :

  - L'écart d'espérance de vie auquel il est fait référence était lié à une analyse en termes de catégories socioprofessionnelles et non de précarité comme énoncé dans l'objectif. A partir des données de l'échantillon démographique permanent et de l'enquête santé 2002-2003, l'Ined a publié des résultats qui montrent chez les ouvriers un cumul d'une espérance de vie moindre avec une plus grande part de vie avec incapacité. Cependant il est difficile de mesurer l'évolution : en effet, les grandes enquêtes nécessaires pour suivre l'évolution par catégories sociales conduisent à des délais importants pour l'obtention des résultats.

Conclusion

Un des deux objectifs relatifs aux inégalités de santé n'est pas évaluable par les indicateurs utilisés. Pour être mesurable il mériterait d'être mieux défini. L'autre, qui vise la réduction des inégalités, est abordé par le HCSP dans un chapitre spécifique.

Synthèse et conclusion générale de l'évaluation

A l'issue de l'évaluation des cent objectifs de la loi de santé publique de 2004, près de la moitié des objectifs évaluables en 2009 sont atteints, au moins partiellement. Cependant, dans tous les thèmes, il y a des objectifs qui ne peuvent être évalués, ce qui rend difficile l'appréciation des progrès en matière de santé publique dans ces différents champs.

- **Pour ce qui concerne les addictions**

  Les objectifs relatifs à l'alcool ne sont pas atteints : la situation est préoccupante s'agissant des usages à risque ou nocifs de l'alcool, qui concernent plus particulièrement les hommes, les jeunes et certaines catégories socioprofessionnelles ;
  Les objectifs en rapport avec le tabac suivent une tendance favorable pour le niveau de consommation, notamment chez les jeunes et pour la réduction du tabagisme passif, mais il persiste des disparités socioprofessionnelles de consommation ;
  Les objectifs relatifs aux usagers de drogues illicites ne sont atteints qu'en partie, avec une bonne diffusion des traitements de substitution et une baisse de la transmission du VIH, mais pas du VHC.

- **Pour ce qui concerne les risques liés à la nutrition**
  Parmi les dix objectifs, quatre sont atteints, en tout ou partie**.** On note principalement que l'obésité s'est stabilisée chez les enfants avec toutefois de fortes différences selon les niveaux socio-économiques ; elle continue de progresser chez les adultes avec les mêmes disparités.
  Par ailleurs, pour les problèmes carentiels (fer, vitamine D, iode et folates), l'évaluation des objectifs n'a pas été possible, en raison du caractère récent de l'enquête permettant la mesure des indicateurs qui leur sont associés (ENNS). Il en est de même pour la dénutrition du sujet âgé.

- **Pour ce qui concerne les risques environnementaux**, les objectifs, au nombre de huit, avaient été définis en cohérence avec le Plan national santé environnement (PNSE). L'évaluation montre des progrès perceptibles pour trois d'entre eux (pollution atmosphérique urbaine et pollution industrielle, saturnisme infantile). Il reste cependant à les consolider. Trois objectifs (radon, contamination des ressources en eau par les pesticides, bruit) sont non atteints ou non mesurés, ce qui justifiera un effort particulier à l'avenir.

- **Pour ce qui concerne la santé en milieu professionnel**, l'objectif visant à réduire la mortalité par accidents routiers liés au travail est atteint, de même d'ailleurs que celui visant l'ensemble des accidents de la circulation. Les limites liées aux incompatibilités de délais entre les différentes démarches d'action, de surveillance et d'évaluation ne permettent pas l'évaluation des trois autres objectifs (contraintes articulaires, bruit et exposition aux agents cancérogènes).

- **En ce qui concerne les risques liés aux soins**, la tendance à la baisse des infections associées aux soins se poursuit, alors que l'évolution des événements indésirables liés aux médicaments est plutôt stable. Les trois autres objectifs (événements indésirables graves évitables, irradiation médicale, médicaments chez la personne âgée) ne peuvent être évalués en l'état actuel des données disponibles.

- **Maladies infectieuses**

  La plupart des objectifs relatifs aux maladies infectieuses évoluent favorablement et la moitié est atteinte, au moins en partie. Toutefois, si en moyenne, dans la population générale, la fréquence de la tuberculose et des infections par le VIH diminue, il persiste des disparités tant au niveau des territoires que de groupes de population. De même, la couverture vaccinale des jeunes enfants pour les vaccins « historiques » est relativement bonne, mais certains vaccins restent très insuffisamment prescrits (ROR, hépatite B, grippe pour les professionnels de santé).

Il faut noter que les objectifs relatifs aux infections sexuellement transmissibles montrent une tendance défavorable.
Enfin, l'évolution de la mortalité attribuable aux hépatites chroniques et l'extension du dépistage des chlamydiae n'ont pu être évaluées.

- **Maladies cardiovasculaires et métaboliques**

Le bilan est globalement positif, avec 5 objectifs sur 8 atteints en tout ou partie. Les objectifs visant une baisse de la mortalité par cardiopathies ischémiques et de l'hypercholestérolémie sont atteints, poursuivant une tendance amorcée antérieurement à la loi de 2004.
Ceux relatifs à l'hypertension artérielle et à l'insuffisance cardiaque ne sont que partiellement atteints.
L'objectif de stabilisation de l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminal est atteint.
Par contre, bien qu'en tendance favorable, la surveillance du diabète demeure insuffisante et les complications trop fréquentes.

- **Cancers**

La majorité des objectifs portaient sur le développement du dépistage précoce des cancers les plus fréquents. Dans l'ensemble, ces résultats sont favorables, mais pour les cancers du sein et du col de l'utérus, ils montrent un accès inégal au dépistage de certaines catégories de la population.
En termes d'impact sur la santé, une tendance favorable se dégage avec une diminution de la fréquence du cancer du col de l'utérus et une amorce de recul de la mortalité par mélanome chez les femmes, même si l'incidence de ce cancer a tendance à augmenter.

- **Maladies respiratoires**

Seules deux pathologies étaient concernées, l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Pour la première, la fréquence des crises nécessitant une hospitalisation se réduit régulièrement chez les adultes et les enfants de plus de dix ans. Les hospitalisations ont augmenté chez les jeunes enfants mais le diagnostic est difficile chez eux et peut-être surestimé. Pour la BPCO, l'objectif qui portait sur la qualité de vie est non évaluable.

- **Maladies rhumatologiques**

S'agissant de l'ostéoporose, l'évolution de la fréquence des hospitalisations pour fracture montre une tendance favorable bien que l'objectif ne soit pas atteint.
Les six autres objectifs qui concernent, pour cinq d'entre eux, des aspects relatifs à la qualité de vie ou aux limitations fonctionnelles n'ont pu être évalués, faute d'indicateurs adaptés.

- **Maladies neurologiques**

Les objectifs concernant des maladies neurologiques (épilepsie, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques, maladie de Parkinson et accidents vasculaires cérébraux) étaient logiquement exprimés essentiellement en termes de limitations fonctionnelles et de perte d'autonomie. Malheureusement, ils n'ont pu être évalués, faute d'indicateurs adaptés.

- **Maladies rares**

L'un des objectifs ciblait une pathologie (la drépanocytose), l'autre touchait toutes les maladies rares. Si pour le premier, la tendance n'est pas clairement favorable, le deuxième n'a pu être évalué. Le plan maladies rares a, par ailleurs, fait l'objet d'une évaluation spécifique.

- **Qualité de vie**

Pour la plupart des objectifs exprimés en termes de qualité de vie, l'évaluation n'a pas été possible. L'absence d'indicateurs suffisamment spécifiques dans les enquêtes disponibles ne permet pas, en effet, de connaître l'évolution actuelle de la qualité de vie chez les personnes souffrant de maladies

chroniques et les systèmes d'information donnent rarement la possibilité de documenter cette dimension de la santé. Ceci mériterait d'être amélioré à l'avenir.

- **Santé mentale**

Seul l'objectif portant sur les décès par suicide, sur les cinq concernant la santé mentale (hors dépendance aux substances psychoactives), a pu être évalué. Les résultats montrent une tendance à la baisse, notamment chez les personnes âgées et, de façon moindre, chez les adolescents et les jeunes adultes, sans atteindre cependant l'objectif fixé en 2004. De fortes disparités régionales persistent.

- **Personnes âgées**

Les objectifs de la loi de santé publique d'août 2004 abordent les problématiques du vieillissement à travers les différentes manifestations pathologiques traitées dans d'autres chapitres. L'objectif de réduction des chutes, seul spécifique à ce chapitre, n'a pu être évalué, faute de système d'information fiable.

- **Santé de la reproduction (santé génésique)**

Il est difficile de dresser un bilan des objectifs en santé de la reproduction et en santé périnatale, trois objectifs seulement ayant pu être évalués. La mortalité maternelle évolue favorablement. Par ailleurs, les données sur la contraception sont à surveiller attentivement, compte tenu d'une tendance non satisfaisante chez les jeunes. Cependant, la situation française est globalement bonne, avec un niveau de fécondité élevé et une mortalité infantile très faible.

- **Santé de l'enfant**

Trois objectifs n'ont pu être évalués (maltraitance à l'enfant, troubles du langage, atteintes sensorielles).
La mortalité par accident de la vie courante, bien qu'en baisse, n'a pas atteint le niveau requis. Pour ce qui concerne la réduction des caries de l'enfant, l'objectif est atteint à 12 ans, mais pas dans certaines catégories sociales ; en revanche, il n'est pas atteint à 6 ans, quel que soit l'environnement socio-économique.

- **Atteintes sensorielles**

Les deux objectifs portant sur les atteintes sensorielles n'ont pu être évalués : le premier concernant les enfants nécessitait, notamment, la définition préalable de stratégie de dépistage pour la surdité précoce, le deuxième qui portait sur les troubles sensoriels des adultes mesurés dans l'enquête décennale santé ne disposait que d'un point de mesure.

- **Inégalités sociales de santé**

La dimension des inégalités sociales de santé a été prise en compte seulement au travers de deux objectifs. Le premier, qui portait sur les obstacles financiers à l'accès aux soins, ne montre pas de tendance favorable. Quant au second (écart d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles), il n'a pu être évalué au cours de la période. Cette évaluation, très partielle, est complétée par une analyse approfondie de la problématique dans un rapport du HCSP.

Ce premier exercice, qui montre des résultats encourageants, doit donc être poursuivi, mais il suppose d'améliorer la capacité de production des données nécessaires.

En effet, s'il est primordial de proposer des objectifs avant tout choisis sur la base de critères d'impact et de pertinence en termes de santé publique, l'existence d'emblée des indicateurs et des systèmes d'information permettant de mesurer leur degré d'atteinte ne devra pas être une condition pré-requise, mais sera à rechercher et obtenir absolument dans un délai relativement bref.

Partie II : Propositions d'objectifs de santé publique

Chaque thème se décline en ***objectifs généraux***, illustrant les axes stratégiques d'une politique de santé et pouvant être concrétisés à travers des actions dédiées. A chaque objectif général, sont associés un ou plusieurs objectifs spécifiques, qui précisent la nature des résultats à atteindre.

En fonction de l'évolution des connaissances et des données disponibles, ces objectifs spécifiques se répartissent selon les cas en :

- objectifs spécifiques quantifiables :
    - o des propositions d'indicateurs, de systèmes d'information correspondants et les valeurs de référence et niveaux ou pourcentage de variation à atteindre sont précisés ;
    - o la périodicité des mesures disponibles, variable selon les indicateurs, est précisée dans la mesure du possible ;
    - o les résultats à atteindre ont été définis, dans la mesure du possible, d'après les données internationales ou européennes disponibles ;
- objectifs spécifiques à quantifier : la formulation définitive quantifiée nécessite des travaux complémentaires à réaliser au cours du prochain quinquennat ;
- objectifs spécifiques non quantifiables à moyen terme : ce sont d'autres objectifs relatifs à l'objectif général, à caractère opérationnel, rédigés sous forme de recommandations d'actions à mettre en œuvre.

Les objectifs sont présentés systématiquement de la manière suivante :

<u>Objectif général</u>

Sous-objectif général 1, 2….

Objectifs spécifiques

OS1, OS2, OS3….

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année

Le tableau qui accompagne la plupart des objectifs spécifiques indique la ou les source(s) de données, le producteur de données, la valeur et l'année de référence ainsi que l'année où les prochaines données seront disponibles. Bien entendu, cela dépend de la périodicité de l'enquête. Certaines informations ne sont pas encore connues.

Propositions d’objectifs relatifs aux déterminants de santé

Cette rubrique aborde les déterminants en tant que facteurs susceptibles d’entraîner une détérioration de l’état de santé. Elle porte principalement sur :

- les expositions aux nuisances environnementales et aux facteurs de risque en milieu professionnel ;
- les comportements à risque de la population vis-à-vis de substances et de situations addictives, de l’alimentation et de la sédentarité ;
- les pratiques et situations de soins entraînant des événements indésirables graves pour les patients.

Plusieurs de ces déterminants ont un impact sur certaines pathologies qui sont traitées dans d’autres chapitres ; cancers, maladies cardiovasculaires…

Santé environnementale et santé au travail

La population est susceptible de subir des expositions multiples à des agents physiques, chimiques et biologiques, au contact des différents milieux (air, eau, sol) de l'environnement dans lequel elle évolue. Les principales voies d'exposition sont l'inhalation, l'ingestion et le contact cutanéo-muqueux.

L'impact sanitaire potentiel de ces expositions présente une grande diversité ; il peut se manifester à court, moyen ou long terme, se traduire par des effets toxiques, infectants, allergisants et aller de la simple perception d'une nuisance, d'un inconfort jusqu'à une pathologie clairement objectivée, voire jusqu'à un risque mortel, comme l'indique le diagnostic sur la santé environnementale établi en 2004[21].

A l'instar de nombreux pays, la France a adopté, en juin 2004, son premier Plan national santé environnement[22] (PNSE1) ; celui-ci compte parmi les mesures de la stratégie nationale de développement durable et est aussi l'un des cinq plans annoncés par la loi relative à la politique de santé publique qui prévoit par ailleurs que sa mise en œuvre fera l'objet de déclinaisons régionales.
Ce plan se réfère à une approche intégrée des expositions aux facteurs de risque que chacun subit tout au long de sa vie dans les divers micro-environnements qu'il fréquente, environnement domestique, extérieur, mais aussi professionnel. C'est une originalité du plan français que d'avoir inclus la santé au travail dans la santé environnementale, un choix légitime puisque l'environnement professionnel, qui est plus facile à explorer, les expositions y étant plus homogènes, plus fortes et plus continues, sert souvent de révélateur de la nocivité potentielle d'un agent, en population générale. L'impact du PNSE1 sur la politique publique en matière de santé au travail apparaît d'ailleurs significatif, les rédacteurs du premier Plan santé au travail[23] (PST1) qui a été élaboré dans les mois suivant la publication du PNSE1 affirmant clairement la filiation du PST1 avec le PNSE1.

Ce PNSE1 comporte quarante-cinq actions visant à répondre à trois objectifs majeurs :
- garantir un air et une eau de bonne qualité,
- prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers,
- mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants et femmes enceintes).

Les douze objectifs de la loi de santé publique d'août 2004, huit de santé environnementale, quatre de santé au travail, s'inscrivent dans cette logique et ciblent entre autres, outre la qualité de l'air et de l'eau, des dangers majeurs liés à l'habitat (les intoxications oxycarbonées, le saturnisme) et la réduction des expositions aux agents cancérigènes. Des progrès ont été enregistrés dans les différents domaines, mais ils ne sont pas toujours chiffrables faute d'indicateurs d'évaluation définis ou faute de système d'information permettant de les renseigner de façon homogène et régulière. C'est aussi le constat dressé par le comité d'évaluation à mi-parcours du PNSE1[24] qui souligne la difficulté à évaluer finement le niveau de réalisation des actions en raison de l'absence d'indicateurs précis.

Dans la continuité du PNSE1, un deuxième PNSE[25], élaboré en concertation avec les parties prenantes, a été adopté en 2009. Il propose des mesures visant à réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé. Il affiche un deuxième axe fort, la prise en compte et la gestion des inégalités environnementales, c'est-à-dire la limitation des nuisances susceptibles d'induire ou de renforcer les inégalités de santé. Sont visées les inégalités de sensibilité aux agents pathogènes en

[21] Momas I, Caillard JF, Lesaffre B. Plan national santé environnement. Rapport de la Commission d'orientation. La documentation française, Paris, 2004, 296 pages.
[22] Plan national santé environnement (2004-2008). Ministère de la santé et de la protection sociale, ministère de l'écologie et du développement durable, ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, ministère délégué à la recherche. Juin 2004.
[23] Plan santé travail (2005 – 2009). Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. Février 2005.
[24] Momas I, Caillard JF. Evaluation à mi-parcours du Plan national santé environnement. Rapport du Comité d'évaluation, Paris, juin 2007, 147 pages.
[25] Santé environnement. 2e Plan national 2009-2013. Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, ministère de la santé et des sports, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. 2009.

fonction de l'âge, de l'état de santé, les inégalités liées au contexte socio-économique et les inégalités géographiques liées à l'inhomogénéité des altérations de l'environnement sur le territoire.

Dans ce contexte, les propositions d'objectifs du HCSP concernent à la fois la santé environnementale et la santé au travail. Il s'agit de reconduire en les réajustant les objectifs de la loi de santé publique de 2004 et d'en rajouter de nouveaux, notamment en matière de prévention et de prise en charge des maladies professionnelles.

Santé environnementale

Objectif général 1 - Réduire l'exposition de la population aux nuisances liées à la qualité de l'habitat

Le HCSP appuie les orientations définies par le Plan national santé-environnement (PNSE2) en matière de qualité de l'air intérieur, et en particulier son action 7 visant à mieux connaître et limiter les sources de pollution à l'intérieur des bâtiments, avec les sous-actions consistant à :
- interdire les substances classées cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques par l'Union européenne (CMR de catégories 1 et 2 dans les matériaux de construction et les produits de décoration) ;
- mettre en place dès 2012 un étiquetage obligatoire relatif aux émissions (notamment de composés organiques volatils - COV et de formaldéhyde) des sources intérieures les plus significatives, hors matériaux de construction et produits de décoration (voir action 8) (décline l'engagement 151 du Grenelle) ;
- restreindre l'utilisation du formaldéhyde, pour certains usages et interdire les panneaux de bois les plus émissifs en formaldéhyde (panneaux de classe E2) ;
- poursuivre la connaissance des pollutions intérieures et l'identification des principaux déterminants de la qualité de l'air intérieur (prolongation de l'action 14 du PNSE1 (« *Mieux connaître les déterminants de la qualité de l'air intérieur et renforcer la réglementation* »).

Par ailleurs, le HCSP recommande que soient prises en compte les valeurs repères de qualité de l'air qu'il est amené à définir pour certains polluants.

Sous-objectif général 1-1 : réduire l'exposition de la population au plomb

La diminution constatée du taux de plombémies élevées ne doit pas conduire à l'abandon des actions spécifiquement dirigées vers les enfants fortement exposés. Les actions devront être plus ciblées car ces enfants sont plus difficiles à identifier. Mais le dépistage ne doit pas être considéré comme l'action exclusive en direction des enfants les plus exposés. Il faut s'attacher à poursuivre et développer des actions ciblées de prévention primaire : repérage et traitement de l'habitat à haut risque d'exposition, information des occupants sur les comportements permettant une réduction de l'exposition, information des populations ayant des pratiques à risque (usage de khôl à base de plomb, usage de céramiques d'origine artisanale).
Il conviendrait de faire effectuer par les Directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) une évaluation du respect de la disposition du Code du travail prévoyant que l'employeur d'une femme enceinte qui serait exposée à des agents toxiques pour la reproduction, dont le plomb, « est tenu de lui proposer un autre emploi, compatible avec son état» (L. 122-25-1-2).
L'existence d'effets néfastes du plomb sur le développement cognitif de l'enfant à des niveaux de plombémie inférieurs au seuil de 100 µg/l amène à ne pas s'intéresser seulement aux enfants les plus exposés. Les auteurs concluent généralement à l'impossibilité de déterminer un seuil sans effet. Certaines études concluent même que l'effet du plomb serait proportionnellement plus fort en début d'imprégnation. En 2005, Lanphear[26] a réanalysé les résultats de sept études de cohortes et a conclu à l'existence d'un retentissement intellectuel avec baisse du quotient intellectuel (QI) chez des enfants dont la plombémie n'avait jamais dépassé 75 µg/l. Une modélisation de la perte de QI liée au plomb a été réalisée pour la France par l'Institut de veille sanitaire (InVS)[27], en retenant comme hypothèse les résultats de la méta analyse de Lanphear. Elle concluait que les pertes de QI liées aux plombémies

[26] Lanphear BP, Hornung R, Khoury J, Yolton K, Baghurst P, Bellinger DC *et al.* Low-level environmental lead exposure and children's intellectual function: an international pooled analysis. Environ Health Perspect 2005; 113(7): 894-99.

[27] Étude d'impact sur les coûts que représentent pour l'Assurance maladie certaines pathologies liées à la pollution : Illustration avec l'asthme et le cancer. *In :* Afsset. Impacts économiques des pathologies liées à la pollution. Maisons-Alfort, Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail 2007, 139 pages. (Rapport réalisé en collaboration avec l'InVS).

modérées (24 à 100 µg/l) représenteraient plus de 97 % du total des pertes de QI liées au plomb chez l'enfant.

En outre, le seuil de 100 µg/l a jusqu'alors toujours été considéré comme un seuil d'intervention, qui déclenche l'investigation environnementale par l'administration à la suite de la déclaration obligatoire.

Il est donc proposé de réduire la proportion d'enfants ayant une plombémie supérieure à un seuil abaissé par rapport au seuil d'intervention et de diminuer l'imprégnation moyenne de la population générale.

Objectifs spécifiques

OS 1-1-1 : réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie > 50 µg/l

Dans la mesure où le nombre d'enfants déclarés au-dessus du seuil de 100µg/l est en baisse (934 en 1995 et 333 en 2007), il est possible et justifié d'abaisser le seuil à partir duquel des investigations sont nécessaires. Le seuil de 50 µg/l a été retenu sur la base des chiffres du dépistage de 2007 (10 387 enfants testés). Un seuil de déclaration obligatoire à 80 µg/l aurait concerné 538 enfants, un seuil à 70 µg/l, 716 enfants et un seuil à 50 µg/l, 1 290 enfants.

OS 1-1-2 : diminuer de 5 µg/l la plombémie moyenne de la population infantile française d'ici 2015

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Enquête de prévalence saturnisme Infantile	InVS	2008	Prévalence plombémie enfants > 50 µg/l : *à déterminer*		
			Plombémie moyenne enfants 1-6 ans : 20 µg/l : *à déterminer*		
ENNS (adultes) et études de biosurveillance	InVS				2015

Sous-objectif général 1-2 : réduire l'exposition de la population au radon domestique

Les valeurs seuil actuelles de la réglementation (400 Bq/m^3) sont associées à un niveau de risque additionnel très élevé de cancer du poumon, de l'ordre de 21.10^{-3} pour 400 Bq/m^{-3} selon la norme CIPR 65 (Commission internationale de protection radiologique), par rapport à un logement qui connaîtrait des teneurs de 100 Bq/m^{-3}. De plus, l'OMS recommande d'abaisser la valeur limite actuelle de 1 000 Bq/m^{-3}.
Il existe des possibilités d'actions de correction dans les locaux concernés. Il importe donc de les mettre en œuvre, notamment dans les 15 % des bâtiments recevant du public des 31 départements prioritaires « à risque radon », ayant montré des valeurs d'activité du radon dépassant le seuil de conformité de 400 Bq/m^{-3} (dont 4% dépassant 1 000 Bq/m^{-3}) lors des campagnes de mesurage réalisées en 2006 et 2007.

Ces actions supposent la formation des professionnels du bâtiment aux techniques de réduction du radon dans les bâtiments, comme cela a été fait dans des pays étrangers, et le développement de campagnes d'information destinées aux occupants et propriétaires de logements connaissant des valeurs élevées d'activité du radon, information sur les risques liés à ces teneurs et sur les moyens de les réduire.
La mise en œuvre de contrôles de la réalisation des actions de correction prévues au PNSE est un impératif majeur. L'amélioration du dépistage du risque radon est nécessaire, notamment dans

l'habitat individuel, ainsi que la mise en place d'un système d'information sur les niveaux d'activité mesurés, qui soit accessible publiquement à une fine échelle géographique.
Enfin, la question de l'abaissement des valeurs seuil fait dorénavant l'objet d'un consensus au niveau communautaire et des nouvelles valeurs de gestion sont proposées au niveau national, situées provisoirement à 300 Bq/m^3.
Par conséquent, il est proposé un objectif plus ambitieux que celui énoncé en 2004.

Objectifs spécifiques

OS 1-2-1 : réduire dans les établissements d'enseignement et dans les établissements sanitaires et sociaux :

- **de 75 % la proportion de ceux qui ont une valeur d'activité du radon supérieure à 200 Bq/m^{-3} ;**
- **de 50 % la proportion de ceux qui dépassent une valeur de 100 Bq/m^{-3} ;**
- **à 0% la proportion d'établissements ayant une valeur ≥ 300 Bq/m^{-3}**

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Campagnes de mesures	ASN	2006-2007	>200 Bq/m^{-3} : à déterminer		2012
			>100 Bq/m^{-3} : à déterminer		
			>400 Bq/m^{-3} : 15 % dans les départements prioritaires à risque radon		
			≥300 Bq/m^{-3} : à déterminer		

OS 1-2-2 : développer le dépistage du radon dans l'habitat

Ceci nécessite la mise en place d'un système d'information regroupant les données d'exposition au radon en population générale et en milieu de travail

Sous-objectif général 1-3 : réduire l'exposition de la population au monoxyde de carbone (CO)

Un ensemble de mesures techniques et réglementaires, de campagnes de sensibilisation du public et de formation des professionnels a permis d'enregistrer des progrès importants depuis plus de vingt ans : système de surveillance des cas létaux et non létaux, sensibilisation par l'Inpes, réglementation et prévention de l'intoxication au CO dans les locaux en 2006, diagnostic « gaz » lors de la vente des biens anciens en novembre 2007. Les systèmes de sécurité des appareils les plus récents jouent probablement un rôle majeur dans la diminution des cas d'intoxication. Les études portant sur l'intérêt de doter les logements individuels de détecteurs devraient être poursuivies et amplifiées.
En termes de mortalité, l'objectif de la loi de 2004 avait été atteint, en moyenne.
Le HCSP recommande, pour la période couverte par la nouvelle loi de santé publique, le maintien d'une couverture nationale de la surveillance en renforçant, par le biais d'une assise règlementaire, le dispositif de signalement par les services d'incendie et de secours, des cas létaux et non létaux d'intoxication au CO.
Les facteurs de risque ayant des profils variés selon les caractéristiques du territoire comme dans le cas du radon, une attention particulière devrait être portée aux régions et aux zones du territoire les

plus concernées (Nord-Pas de Calais - 20% des signalements - Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'azur), notamment en leur imposant de faire un rapport annuel des actions conduites et des progrès enregistrés.
Il est, par conséquent, proposé de maintenir un objectif de lutte contre l'intoxication au monoxyde de carbone :

- en suivant les hospitalisations ;
- en s'attachant aux régions les plus à risque.

Objectifs spécifiques

OS 1-3-1 : réduire de 20 % l'incidence des intoxications au monoxyde de carbone à l'échelle nationale, et de 30 % dans cinq régions prioritaires (Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Ile–de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur)

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
PMSI	Drees ou InVS		Incidence nationale :	Statistique annuelle	
			Nord-Pas-de-Calais :		
			Midi-Pyrénées :		
			Rhône Alpes :		
			Ile-de-France :		
			PACA :		
Dispositif de signalement des cas d'intoxication au CO	InVS		Incidence nationale :	Statistique annuelle	
			Nord-Pas-de-Calais		
			Midi-Pyrénées :		
			Rhône Alpes :		
			Ile-de-France :		
			PACA :		

Objectif général 2 - Réduire l'exposition de la population aux grandes sources polluantes

Sous-objectif général 2-1 : réduire l'exposition de la population aux pollutions atmosphériques urbaine et industrielle

La surveillance de la qualité de l'air au travers des deux objectifs 20 et 21 de la loi de santé publique de 2004 montre la poursuite de la baisse des émissions polluantes par les grandes sources fixes (pollution urbaine et pollution industrielle), avec des inégalités socio-spatiales qu'il importe de mieux caractériser et de réduire.
A cet effet, il est nécessaire de pouvoir disposer, à l'échelle spatiale (à une résolution au moins de l'Iris – Îlots regroupés pour l'information statistique, de l'Insee), d'une part, d'une modélisation des concentrations des polluants soumis à réglementation et d'autre part, de l'estimation de la répartition de la population correspondante. Ceci permettrait de fournir, sur une base annuelle, dans chaque agglomération urbaine couverte par un réseau de surveillance de la qualité de l'air, une estimation du contraste des concentrations moyennes annuelles des polluants entre le secteur d'habitation le plus pollué et le moins pollué (à la résolution spatiale de l'Iris) ainsi qu'une estimation de la distribution de la population en fonction de son niveau d'exposition à ces polluants.
L'accélération de la publication des inventaires d'émission de l'ensemble des installations industrielles soumises au dispositif E-PRTR (Registre européen des émissions de polluants - dispositif PRTR,

extension de EPER)[28]) pour l'année 2008 au 31 mars 2010 (échéance de notification à l'Union européenne des émissions industrielles au titre du dispositif E-PRTR), au minimum sous forme d'un site internet national, serait bienvenue, de façon à pouvoir établir d'ici fin 2010 une cartographie nationale des « points noirs » (sites fortement émetteurs pour les émissions industrielles soumises à déclaration). La qualité des informations présentées dans la base de données du registre français des émissions polluantes (IREP[29]) concernant les industries polluantes devrait en effet être améliorée, car ces données sont trop souvent obsolètes et erronées sur le plan géographique.
La relative stabilité des concentrations des oxydes d'azote (NO_2) et des particules dans les zones urbaines de proximité au trafic automobile montre les limites des actions portant principalement sur la réduction des émissions des véhicules neufs mis sur le marché. Elle devrait inciter à adopter des mesures plus déterminantes sur les facteurs généraux de ces émissions (au premier chef, l'aménagement urbain, la politique des transports des personnes et des marchandises). De telles mesures devraient porter à la fois sur les gaz à effet de serre et sur les polluants nocifs pour la santé, conformément aux orientations prises lors du Grenelle de l'environnement pour le PNSE 2, et à celles du plan santé-transports. Si le dispositif de bonus-malus appliqué aux émissions de CO2 instauré récemment constitue une avancée dans une perspective de « plan climat », il convient aussi d'ajouter aux critères déjà retenus les émissions les plus problématiques, celles de particules et des oxydes d'azote. Il importe notamment de déterminer des valeurs seuils de gestion relatives aux concentrations atmosphériques des particules PM_{10} et $PM_{2,5}$, associées à des mesures de contrôle des sources d'émission fixes et mobiles et à des procédures d'information des personnes fragiles.

Il est donc proposé de poursuivre la réduction de l'exposition aux polluants atmosphériques afin :
- de respecter les valeurs limites européennes et d'atteindre un résultat plus ambitieux pour les particules, conformément aux engagements européens de l'Etat français ;
- de réduire les disparités territoriales ;
- de diminuer les émissions industrielles de polluants préoccupants du point de vue sanitaire.

Objectifs spécifiques

OS 2-1-1 : réduire, en 2011, (entrée en vigueur de la Directive CAFE), par rapport à 2002 :
- **de 30 % les concentrations moyennes annuelles de NO_2**
- **de 20 % les concentrations moyennes annuelles d'ozone et de dioxyde de soufre**

OS 2-1-2 : réduire les concentrations moyennes annuelles des particules fines $PM_{2.5}$ pour atteindre le seuil de 15µg/m^3 en 2015

OS 2-1-3 : réduire, en 5 ans, de 50 %, en moyenne sur l'ensemble du territoire, les écarts observés entre les immissions estimées dans les secteurs urbains les plus affectés par la pollution atmosphérique et les secteurs les moins affectés

[28] Registre européen des émissions de polluants. http://eper.eea.europa.eu/eper/default.asp?lang=French&
[29] http://www.pollutionsindustrielles.ecologie.gouv.fr/IREP/index.php

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Banque de données de la qualité de l'air (BDQA)	Ademe	2008	Concentrations de	Statistique annuelle
			NO_2 : moyenne des moyennes annuelles[a] : 22 µg/m^3	
			O^3 [b] : moyenne nationale (stations rurales nationales) : 66,5 µg/m^3 moyenne nationale (stations urbaines/périurbaines) : 48,1 µg/m^3	
			SO^2 [c] : moyenne des moyennes annuelles 2,2 µg/m^3	
BDQA	Ademe	2008	$PM_{2,5}$: moyenne des moyennes annuelles à déterminer	
Réseaux de surveillance de la qualité de l'air		A déterminer	Ecarts moyens entre les secteurs de niveaux d'exposition extrêmes	Statistique annuelle
			NO_2	
			O^3	
			SO^2	
			$PM_{2,5}$	

a : niveaux de fond de dioxyde d'azote dans 60 agglomérations de plus de 100 000 habitants
b : niveaux de fond de dioxine dans 60 agglomérations de plus de 100 000 habitants
c : niveaux de fond de dioxyde de soufre dans 60 agglomérations de plus de 100 000 habitants

OS 2-1-4 : réduire de 50 %, en 5 ans, les rejets atmosphériques des composés organiques volatils (dont le benzène), des métaux toxiques et des émissions de dioxines par l'incinération et la métallurgie

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeurs de référence**	Année
Citepa*	ADEME	2006	Benzène[a] : 54 93 (unité t)	Statistique annuelle
			Cadmium :4,6 (unité t)	
			Dioxines : 146 (unité g ITEQ)	
			Plomb : 146 (unite Mg = t)	
			Mercure : 7,9 (unite Mg = t)	

* Centre interprofessionnel technique d'étude de la pollution atmosphérique
** Emissions totales dans l'air en France métropolitaine à partir de différentes sources émettrices de benzène (industries manufacturières, transformation d'énergies, agriculture, sylviculture, transports routiers et autres).

Sous-objectif général 2-2 : réduire l'exposition de la population aux toxiques et polluants des eaux

L'objectif de la loi de 2004 visant à réduire de moitié la part de la population alimentée par une eau de qualité non conforme, n'a pas été atteint sur le plan microbiologique, le niveau de réduction de la population exposée n'étant en moyenne que de 25 % sur la période. En outre, la situation des pesticides présents dans l'eau de boisson distribuée par les réseaux publics semblait évoluer favorablement au début de la période faisant suite à la loi de santé publique de 2004, mais les données récentes montrent qu'il n'y a pas eu de progrès. La qualité des ressources, souterraines ou de surface, continue aussi à se dégrader, selon les données de l'Institut français de l'environnement (Ifen[30]), ce qui pose des problèmes importants aux petites unités qui doivent avoir recours à un traitement spécifique.
L'accent doit être mis sur la prévention en amont des pollutions diffuses. Il faut pour cela rendre effectives les dispositions nouvelles prévues par la loi sur l'eau qui donne aux préfets le pouvoir de faire réduire l'épandage de pesticides dans les bassins sensibles. Les engagements pris lors du Grenelle de l'environnement concernant l'arrêt de l'utilisation des pesticides les plus dangereux devraient faire l'objet de dispositifs spécifiques pour en permettre l'évaluation. De même, le devenir des nouveaux pesticides mis sur le marché dans les années à venir doit être surveillé. De plus, la dispersion d'aérosols par pulvérisation de ces produits pourrait être significativement réduite par la mise en place d'une réglementation et de moyens d'homologation des équipements de pulvérisation. Enfin, la situation dans les départements et territoires ultra-marins reste mal connue et mérite d'être documentée.
Par ailleurs, une attention toute particulière doit être portée à la situation des effluents de médicaments humains et vétérinaires et des perturbateurs endocriniens (hors pesticides).
En ce qui concerne la lutte contre la légionellose, la déclinaison de l'action 1 du PNSE1 en 14 sous-actions montre une implication très forte de l'ensemble des acteurs. Toutes les actions étaient pertinentes. Le recensement de toutes les tours aéro-réfrigérantes est une première mondiale, et de nombreuses mesures techniques ont été mises en œuvre.
Cette lutte ne relève pas tant de la qualité de l'eau que de la maintenance des tours aéro-réfrigérantes et des circuits d'eau chaude sanitaire. A cet effet, il convient de renforcer la réglementation relative à la conception et à la maintenance des réseaux et des installations d'eau chaude sanitaire, en imposant l'établissement d'une liste et d'un calendrier des actions réglementaires engagées au cours de l'année (actualisation annuelle). Il importe également de renforcer les inspections et les contrôles des établissements de santé, des établissements d'hébergement pour personnes âgées et de certains établissements recevant du public : mesurer l'évolution annuelle, par département, du nombre d'inspections et des résultats des campagnes de surveillance de la qualité de l'eau chaude sanitaire.
Aussi, malgré les limites d'interprétation de l'évolution des cas (relativement stables entre 2002 et 2007), cet objectif devrait être maintenu. On peut supposer qu'avec la stabilisation de la qualité des données issues de la déclaration obligatoire des cas, l'évolution de l'incidence s'infléchira, à terme, à la baisse.
C'est pourquoi, il est proposé de maintenir un objectif relatif à la qualité de l'eau de consommation humaine et un objectif relatif à la réduction des cas de légionellose.

[30] L'environnement en France – édition 2006. Les synthèses de l'Ifen. Octobre 2006. Chapitre « L'eau », p. 193-230.

Objectifs spécifiques

OS 2-2-1 : réduire de moitié, en 5 ans, le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées, en particulier pour les paramètres microbiologiques et les pesticides

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
SISE-Eaux	DGS	2008	Microbiologiques[a] : 3,8 %	Statistique annuelle
		2007	Pesticides[b] : 8,4 %	

a : % de la population exposée à de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques
b : % de la population exposée à de l'eau non conforme pour les pesticides

OS 2-2-2 : réduire de 50 % en 5 ans l'incidence des légionelloses

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Maladies à déclaration obligatoire (DO)	InVS	2007	2,3 cas pour 100 000 habitants		

Santé au travail

Les maladies d'origine professionnelle sont nombreuses et diverses : cancers, troubles de l'audition, affections respiratoires, affections articulaires et troubles musculo-squelettiques, troubles psychologiques et dépressifs, troubles dermatologiques et allergiques, asthmes professionnels, troubles de la reproduction, maladies cardiovasculaires[31]. S'y ajoutent les accidents sur le lieu de travail ou lors de déplacements professionnels. De fait, une partie importante de la pathologie, somatique et psychique est potentiellement concernée par des facteurs de risque professionnels.

Ces facteurs de risque sont eux-mêmes très nombreux et de nature variée. Des dizaines de milliers de produits ou substances chimiques sont rencontrées en milieu de travail. Les facteurs physiques concernent le bruit, la température, les vibrations, les rayonnements, ionisants ou non… Les agents biologiques sont également nombreux, qu'ils soient observés en milieu de soins ou dans d'autres secteurs tels que l'agro-alimentaire et le nettoyage notamment. Les contraintes physiques et posturales sont fréquentes : port de charges lourdes, travaux dans des positions inconfortables et pénibles, gestes répétitifs. Ces contraintes physiques sont fréquemment associées à des contraintes de charge mentale, à du stress, ainsi qu'à des contraintes horaires ou de rythme de travail. L'ensemble de ces contraintes, qui peuvent être fortes et retentir sur la santé des opérateurs, a en commun certains modes d'organisation du travail. Ainsi, on connaît aujourd'hui l'influence considérable des facteurs psychosociaux associés à l'organisation du travail, dont les conséquences pour la santé concernent aussi bien la sphère somatique que mentale[32,33].

Globalement, les facteurs professionnels pèsent d'un poids important sur l'état de santé de la population. En Finlande[34], pays d'un niveau économique comparable à celui de la France, la fraction de la mortalité totale attribuable à des facteurs professionnels a été estimée à 3,7 % (6,4 % pour les hommes et 1 % pour les femmes). Appliquées mécaniquement à la population française, ces estimations correspondent à environ 20 000 décès (dont presque 90 % concernent les hommes) qui seraient attribuables, chaque année dans notre pays, à des facteurs professionnels. Encore faut-il souligner que ces fractions concernent la totalité de la population. Lorsqu'on restreint les calculs au sous-ensemble des maladies et des classes d'âge concernées par des facteurs professionnels (exclusion des enfants, des personnes âgées pour certaines maladies pour lesquelles elles ne sont plus à risque, etc.), la fraction attribuable est de 6,7 % (10,2 % pour les hommes, et 2,1 % pour les femmes).

Enfin, il faut considérer que les maladies d'origine professionnelle sont un des déterminants majeurs des inégalités sociales de santé, qui sont en France particulièrement importantes comparativement aux autres pays de l'Union européenne[35].

Un deuxième plan gouvernemental Santé au travail 2005-2009 a été adopté et complété, lors d'une conférence tripartite, par des mesures concrètes pour l'amélioration des conditions de travail.

L'évaluation des objectifs de la loi d'août 2004 suggère que l'utilisation du document unique d'évaluation des risques dans les entreprises s'est heurtée à de nombreuses difficultés qu'il est impératif d'évaluer de façon plus systématique que cela n'a été fait jusqu'à présent. Aussi, les actions d'accompagnement et de formation vis-à-vis de cette démarche devraient être considérablement renforcées et leur impact également évalué, en termes de répercussions sur la mise en œuvre et l'effectivité de mesures de prévention dans les entreprises. Plus généralement, il est également apparu indispensable de démultiplier les actions d'accompagnement de la mise en œuvre d'actions de prévention dans les entreprises.

De même, l'efficacité des actions entreprises dans le cadre du plan (ou dans le domaine santé travail de façon plus générale) devrait faire l'objet d'une évaluation prévue d'emblée dès la conception des plans.

---

[31] Encyclopédie de Sécurité et de santé au travail. Bureau international du travail, Genève, 2000.
[32] Marmot M, Theorell T. Social class and cardiovascular diseases: the contribution of work. Int J Health Serv 1988; 18: 659-74.
[33] Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A *et al.* Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. Scand J Work Environ Health 1998; 24; 3: 197-205.
[34] Nurminen M, Karjalainen A. Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. Scand J Work, Environ and Health 2001; 27(3): 161-213.
[35] Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in 22 European Countries. N Engl J Med 2008; 358: 2468-81.

Pour la première fois en France, une loi de santé publique a intégré, en 2004, des objectifs ciblés sur quelques problèmes de santé au travail (accidents routiers liés au travail, expositions professionnelles au bruit, aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques – CMR - et troubles musculo-squelettiques). Elément nouveau également, certains de ces objectifs étaient quantifiés. A l'exception des accidents routiers, un bilan des autres objectifs de la loi de santé publique de 2004, dans le domaine santé travail, n'a pas pu être effectué, faute de données nouvelles comparables à celles ayant été prises comme point de référence (enquête Sumer 2003, Dares, 2004). Une nouvelle enquête Sumer est actuellement en cours. Certains des objectifs quantifiés proposés ci-dessous devraient donc être réexaminés, dès que des résultats de cette enquête seront rendus publics. Dans ce contexte, de nouveaux objectifs, non présents dans la loi de santé publique de 2004, ont été ajoutés, afin de tenir compte d'autres priorités de santé publique constatées actuellement en France dans le domaine de la santé au travail.

Il est donc proposé de développer trois grands objectifs portant sur la prévention :

- des accidents survenant en milieu professionnel ;
- des maladies professionnelles en réduisant la contribution des facteurs professionnels ;
- des risques psychosociaux au travail ;

et un objectif portant sur la réparation des maladies professionnelles.

Objectif général 1 - Améliorer la prévention des accidents survenant en milieu professionnel

Il est difficile de savoir exactement combien d'accidents du travail et de trajet mortels surviennent chaque année dans la population des travailleurs, en France. Néanmoins, des données existent. Les données suivantes sont fournies, au niveau national, par le département Santé Travail de l'Institut de veille sanitaire et par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares)[36] et, au niveau régional, par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors)[37]. Elles sont issues des données de réparation des régimes de sécurité sociale.

En 2005, en France, 750 000 accidents du travail ont été recensés chez les salariés des régimes général et agricole. Parmi ces accidents, 59 000 ont entraîné une incapacité permanente partielle. S'y ajoutent 34 000 accidents indemnisés chez les exploitants agricoles. Durant la période 2002-2004, le nombre annuel moyen d'accidents mortels liés au travail était de 1 330 pour un total d'environ 22 millions de salariés (739 accidents du travail et 591 accidents de trajet). Ces accidents mortels touchent principalement les hommes : 94 % des accidents du travail. Les accidents impliquant un véhicule sont les plus nombreux (30 % des accidents) suivis par les chutes de hauteur (13 %) et les accidents de machine (11 %).

En termes de mortalité, le secteur d'activité le plus concerné est l'agriculture-sylviculture-pêche, qui arrive nettement en tête avec un taux de mortalité de 28 pour 100 000, suivi du secteur des transports (14 pour 100 000) et de la construction (13 pour 100 00). La construction, l'industrie et les transports sont les trois secteurs qui génèrent le plus grand nombre d'accidents du travail mortels chez les hommes, alors que l'agriculture-sylviculture-pêche est classée en sixième position sur dix secteurs. L'origine des accidents diffère selon le secteur d'activité chez les hommes : dans la construction, les chutes de hauteur (3,9 pour 100 000) arrivent en première position, puis viennent les accidents de véhicule (2,0) et de machine (1,5). Dans le secteur des transports, le principal risque concerne les accidents de véhicules (8,5). Dans l'agriculture-sylviculture-pêche, les véhicules sont la première cause d'accident (5,7), viennent ensuite les chutes de hauteur (4,0) et les machines (3,0). A noter que dans ce secteur, le taux de mortalité de la catégorie « autres accidents » est très élevé (10,8) regroupant pour l'essentiel des décès consécutifs à l'écrasement de la victime par un arbre ou une branche, des asphyxies, des noyades et des accidents liés à des animaux. Dans l'industrie, on trouve principalement des accidents de véhicule (1,0) et de machines (0,8). Pour tous les secteurs, une proportion importante d'accidents (taux de 0,7 à 3,8 pour 100 000 selon le secteur) n'est pas caractérisée.

[36] http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/DE150_Indicateurs_AT_de_la_DARES_070709.pdf
[37] La santé au travail dans les régions de France. Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. Paris, Fnors, septembre 2008.

En termes d'évolution, en France métropolitaine, le taux d'accidents du travail avec arrêt a diminué de 12 % entre 1998-1999 et 2004-2005 dans le régime général et de 16,8 % entre 1993-1995 et 2004-2005 dans le régime agricole. En ce qui concerne l'évolution des accidents du travail avec incapacité permanente partielle sur les mêmes périodes respectives, ils ont augmenté de 1,9 % dans le régime général et diminué de 22,6 % dans le régime agricole. Pour ce qui est enfin des taux d'accidents du travail mortels, une baisse de 30,7 % a été observée dans le régime général entre 1998-1999 et 2004-2005. Pour tous ces indicateurs, les pourcentages d'évolution sont cependant très variables d'une région à l'autre[38].

Objectif spécifique

OS 1-1 : **réduire de 5 % en 5 ans, dans les secteurs du bâtiment et des travaux publics (BTP), de l'agriculture et du transport, les taux annuels d'accidents du travail mortels ou avec incapacité permanente partielle (IPP)**

Le taux d'évolution actuel des accidents du travail avec IPP est stable dans le régime général et baisse annuellement de 2 % dans le régime agricole ; pour les accidents du travail mortels, la baisse annuelle est de 4,4 % dans le régime général. Par conséquent, il est proposé un objectif « mobilisateur » de baisse de 5 % par an.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence				Dates de suivi
		Année	Valeur de référence			Année
				AT mortels	AT IPP	
Données d'accidents du travail avec IPP ou AT mortels	CnamTS / CCMSA*	2008	BTP	A renseigner	A renseigner	Statistique annuelle
			Agriculture	A renseigner	A renseigner	
			Transports	A renseigner	A renseigner	

* Le régime des indépendants (RSI) ne couvre pas les accidents du travail.

Objectif général 2 - Améliorer la prévention des maladies professionnelles

La notion de pathologie professionnelle (ou pour reprendre une traduction de la terminologie anglo-saxonne, de pathologies en relation avec le travail) est actuellement floue et explique une grande confusion des indicateurs disponibles dans la littérature. Au sens le plus réducteur, les pathologies professionnelles ne concernent que les affections reconnues par les organismes de protection sociale (CnamTS, MSA, régimes spéciaux,…) pour lesquelles la définition retenue est celle des tableaux réglementaires de maladies professionnelles (MP) issus des négociations des partenaires sociaux de la commission *ad hoc* du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT, anciennement CSPRP). Depuis 1993, ce système a été complété par la mise en place des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles, permettant une reconnaissance « hors tableau » (article L461-1 alinéa 4) mais avec la nécessité d'établir une relation essentielle et directe entre la pathologie et l'exposition professionnelle. Ce système ne contribue numériquement que très partiellement à la reconnaissance de nouvelles pathologies professionnelles, parfois malgré l'existence d'un consensus scientifique (exemple de la silice et du cancer bronchique en dehors de la présence d'une silicose). Dans d'autres situations, la notion de pathologies professionnelles est étendue aux cas pour lesquels une aggravation sensible d'une pathologie préexistante est constatée, ou encore pour des affections dont on considère qu'elles ne seraient pas survenues en dehors d'une exposition

[38] La santé au travail dans les régions de France. Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. Paris, Fnors, septembre 2008, p 108.

professionnelle. Plusieurs travaux épidémiologiques ont montré l'importance quantitative de ce type de conséquences des expositions professionnelles sur des pathologies comme l'asthme par exemple. Cette notion, large, rend compte du caractère multifactoriel de la grande majorité des affections aujourd'hui rencontrées en milieu professionnel après la très nette diminution des pathologies spécifiques du milieu professionnel (comme les pneumoconioses par exemple). Ces définitions nosologiques doivent être précisées de manière consensuelle sur la base de la littérature scientifique dans la mesure où elles conditionnent à la fois le domaine de recherche (acquisition de nouvelles connaissances sur le poids des expositions professionnelles dans la survenue de pathologies, actuellement mal connu en France), celui de la prévention et enfin celui de la réparation, alors qu'aujourd'hui prévaut le modèle « réglementaire » de la définition des MP.

Les conditions de travail et les expositions professionnelles, comme d'autres dimensions de la vie sociale, contribuent aux inégalités sociales de santé.

Quelques études ont cherché à quantifier la part des inégalités sociales de santé qui revenait aux différences d'expositions professionnelles. Dans une étude menée aux Pays-Bas, la part des différences d'état de santé perçue entre catégories sociales chez les hommes était expliquée par l'exposition à des facteurs de risque physiques pour 63 %, ce pourcentage passant à 83 % en tenant compte à la fois des expositions physiques et de la latitude décisionnelle[39]. Hemstrom a montré que, pour les hommes, 25 % des inégalités de santé liées au revenu seraient expliquées par l'environnement de travail, le pourcentage correspondant pour les femmes étant 29 %[40]. Monden[41] a montré que, pour les hommes, environ un tiers des différences en termes de santé sont liées aux expositions professionnelles et que les expositions passées, tout au long de la vie professionnelle, sont à prendre en compte. Les conditions de travail jouant ce rôle explicatif sont avant tout les expositions physiques et « ergonomiques » (dont : postures, port de charges, exposition aux vibrations), la liberté dans le travail (possibilité de pauses…) et l'intérêt du travail (travail varié, permettant d'apprendre des choses nouvelles…).

Les liens entre de nombreuses expositions professionnelles et les CSP sont connus, en France, par des enquêtes nationales (enquêtes sur les conditions de travail[42] et enquêtes Sumer[43]). Pour certaines contraintes étudiées, le rang de la fréquence d'exposition est extrêmement proche d'un classement selon la hiérarchie sociale : pour la répétitivité des gestes, la manutention manuelle de charges, la position debout, les cadres et professions intermédiaires supérieures sont dans la situation la plus favorable et les ouvriers non qualifiés et ouvriers agricoles dans la situation la plus défavorable. Les professions intermédiaires, qui comportent les professionnels de santé exposés au port de charges et surtout à la position debout, sont cependant dans une situation un peu plus défavorable que les employés administratifs. Pour l'exposition à de nombreux agents chimiques ou physiques, l'ordre reste très proche de la hiérarchie sociale, les professions intermédiaires étant cependant nettement plus exposées que les employés administratifs. Les « cancers de l'amiante » concernent avant tout des ouvriers, dans des secteurs variés, au-delà des travailleurs de l'extraction et de la transformation de l'amiante, qui ont été les premiers affectés[44]. L'exposition au bruit touche massivement les ouvriers, les moins exposés étant les employés. Par ailleurs, les « contrôles ou surveillances permanents exercés par la hiérarchie » concernent 33 % des ouvriers qualifiés (et 38 % des ouvriers non qualifiés) et seulement 12 % des cadres.

Sous-objectif général 2-1 : réduire les risques péri-articulaires liés au travail

[39] Schrijvers CTM, Van de Mheen HD, Stronks K, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions. International Journal of Epidemiology 1998; 27: 1011-18.
[40] Hemstrom O. Health inequalities by wage income in Sweden : the role of work environment. Social Science and Medicine 2005; 61: 637-47.
[41] Monden CWS. Current and lifetime exposure to working conditions. Do they explain educational differences in subjective health? Social Science and Medicine 2005; 60: 2465-76.
[42] Bué J, Coutrot T, Puech I. Conditions de travail: les enseignements de vingt ans d'enquêtes. Octarès, 2004 Toulouse, 166p.
[43] Dares. L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête Sumer 2003. Premières synthèses 2004 ; 52.1: 1-8.
[44] Rolland P, Gramond C, Berron H, Ducamp S, Imbernon E, Goldberg M, Brochard P. Mésothéliome pleural : professions et secteurs d'activité à risque chez les hommes. Institut de veille sanitaire, 2005, 4 pages. Accessible sur http://www.invs.sante.fr

Depuis le début des années 1990, on observe l'augmentation régulière, et qui n'a pas cessé depuis, des troubles musculo-squelettiques (TMS) indemnisés comme maladies professionnelles au Régime général de la Sécurité sociale et au Régime agricole. Ainsi, entre 1993-1995 et 2003-2005, le taux de TMS des membres nouvellement indemnisés a augmenté de 420 % dans le régime général en France métropolitaine (Fnors 2008). La progression de ces mêmes TMS avec IPP est également très importante : + 100 % entre 2000-2002 et 2003-2005. En 2006, les TMS des membres et les lombalgies représentaient 81 % des maladies professionnelles reconnues par le Régime général de Sécurité sociale avec 37 247 cas. Les TMS constituent également la première cause de journées de travail perdues du fait des arrêts de travail, avec la perte, en 2006, de plus de sept millions de journées de travail[45]. Ainsi, les TMS constituent de loin la première cause de morbidité liée au travail, morbidité dont on sait depuis longtemps qu'elle est largement sous-estimée par les statistiques des maladies professionnelles, notamment du fait de la sous-déclaration, fait confirmé par des études récentes[46].

Un réseau de surveillance épidémiologique des TMS a été mis en place depuis 2002 dans la région des Pays de Loire. Il fournit des données qu'on peut globalement considérer comme proches de celles concernant la France entière. La surveillance en entreprise a montré une prévalence élevée des TMS parmi des salariés : au moins un des six principaux TMS du membre supérieur a été diagnostiqué chez 15 % des femmes et 11 % des hommes d'un échantillon représentatif de 3710 salariés âgés de 20 à 59 ans, avec une prévalence plus importante des tendinopathies de la coiffe des rotateurs que de celle du syndrome du canal carpien. Il existe des préventions efficaces possibles pour ces TMS d'origine professionnelle. Dans ce même échantillon, 16 % des hommes et 17 % des femmes ont déclaré des symptômes lombaires ayant duré plus de 30 jours au cours de l'année écoulée. Ce travail a aussi montré que les intérimaires étaient particulièrement exposés, résultat en accord avec ceux de Sumer 2003 qui révèle, par exemple, qu'un intérimaire de l'industrie sur cinq et un intérimaire de la construction sur trois manipule des charges au moins 20 heures par semaine[47].

Objectifs spécifiques

OS 2-1-1 : diminuer de 10 %, en 5 ans, les taux d'incidence des syndromes de la coiffe des rotateurs, des syndromes du canal carpien et des épicondylites latérales d'origine professionnelle

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
TMS professionnelles indemnisées	CnamTS/ CCMSA	2008	A déterminer		
Système de surveillance des TMS professionnelles dans une ou des régions	InVS	2008	A déterminer		

OS 2-1-2 : **réduire de 20 % en 5 ans, la proportion de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine**

En l'attente des résultats de l'enquête Sumer 2009, il est proposé de maintenir en l'état l'objectif tel qu'il a été initialement formulé dans la première loi de santé publique. La tendance observée entre les deux enquêtes devrait permettre de fixer le nouveau seuil de réduction à atteindre.

[45] Assurance maladie. Risques professionnels.
http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/STATS%20TRIM%20JUIN%202007%20MP.pdf
[46] Ha C, Touranchet A, Pubert M, Roquelaure Y, Goldberg M, Imbernon E. Un observatoire pilote des maladies à caractère professionnel. Arch Mal Prof Env 2007; 68: 223-32.
Verger P, Viau A, Arnaud S, Cabut S, Saliba ML, Larmarcovai G, Souville M. Barriers to physician reporting of workers' compensation cases in France. Int J Occup Environ Health 2008; 14: 198-205.
[47] Dares. La manutention manuelle de charges en 2003 : la mécanisation n'a pas tout réglé. Premières synthèses, mars 2006; 11.3.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence*	Année	Année
Enquête Sumer	Dares	2003	6,6 %	2009	2015

* Prévalence des contraintes articulaires (répétition de gestes à une cadence élevée) en France métropolitaine – population salariée.

Sous-objectif général 2-2 : réduire l'exposition aux agents carcinogènes

Il est nécessaire de poursuivre l'objectif 17 de la loi de santé publique d'août 2004 et notamment de diminuer les niveaux d'exposition :

- en développant les actions engagées sur l'incitation et l'aide à la substitution ;
- en proposant des outils ou indicateurs d'analyse socio-économique permettant d'appuyer les programmes de substitution (identifier les points de blocage, hiérarchiser les actions, établir des priorités), lorsque les substitutions ne sont pas possibles, diminuer les niveaux d'expositions notamment par la mise en œuvre de protections collectives ;
- en promouvant des procédés alternatifs pour les substances et agents réputés « difficilement substituables » en mobilisant l'ensemble des acteurs impliqués dans la recherche et le transfert de technologie ;
- en soutenant les propositions françaises pour l'inscription de substances CMR à l'annexe XIV de REACH[48] ;
- en assurant la promotion de la caractérisation des expositions professionnelles (métrologie, biométrologie, mesures indirectes de l'exposition – questionnaires,…) et de leur traçabilité réelle (notamment dans le dossier médical en médecine du travail, compte tenu des nouvelles recommandations de la HAS de janvier 2009). Une réflexion sur la centralisation et l'analyse des ces données doit également être menée en collaboration avec les partenaires opérationnels de ce champ (InVS, Afsset, Réseau de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles, INRS,…) ;
- en prenant aussi en compte les cancérogènes générés de novo par les procédés de fabrication.

Et, en tout état de cause, il convient également de réduire les expositions tout au long du cycle de vie des CMR jugés « difficilement substituables » et de renforcer le contrôle et la traçabilité des substances, préparations et articles importés en France.
De surcroît, le nombre de cancers dus à une exposition professionnelle à des facteurs de risque est mal connu et repose sur les déclarations des maladies reconnues comme professionnelles. L'estimation réalisée par l'Institut de veille sanitaire à partir des données de l'Assurance maladie et des données internationales varie entre 6000 et 8000 cas annuels, une faible partie d'entre eux étant reconnue comme d'origine professionnelle. Il existe depuis 1998 un programme national de surveillance du mésothéliome permettant la déclaration systématique des cas de mésothéliomes dans 17 puis 22 départements français, couvrant 30% de la population. Les cas surviennent majoritairement chez les hommes et chez les ouvriers, mais dans de nombreux domaines d'activité.
Les évaluations du plan cancer concernant cette mesure (Cour des comptes, HCSP) ont montré que les actions dans ce domaine avaient été tardives, rarement mesurées et susceptibles de continuer d'exposer des personnes à des risques professionnels avérés. Il en est de même de l'objectif 17 de la loi de santé publique. Certaines de ces mesures ont été reprises dans le plan national santé environnement (PNSE actions 23 et 38) et dans le plan santé travail (action 4.9).
Il est donc également proposé trois nouveaux objectifs, visant à améliorer les connaissances sur l'impact des expositions aux agents carcinogènes lors de la vie professionnelle.

[48] L'annexe XIV du règlement REACH, en cours d'élaboration, comporte le classement des substances qui seront soumises à une autorisation. A l'expiration d'une période transitoire spécifiée dans l'annexe, les substances concernées ne pourront plus être mises sur le marché et utilisées que si une autorisation correspondant à l'utilisation projetée a été octroyée par la Commission européenne.

Objectifs spécifiques

OS 2-2-1 : diminuer la prévalence des expositions des travailleurs aux agents cancérogènes (catégories 1 et 2 de l'Union européenne)

En l'attente des résultats de l'enquête Sumer 2009, il est proposé de maintenir en l'état l'objectif tel qu'il a été initialement formulé dans la loi de santé publique de 2004. La tendance observée entre les deux enquêtes devrait permettre de fixer le nouveau seuil de réduction à atteindre.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Enquête Sumer	Dares	2003	6,7 %*	2009	2015

*7 principales substances cancérogènes

OS 2-2-2 : **mieux prendre en compte et évaluer l'exposition aux médicaments carcinogènes en milieu professionnel**

L'exposition aux médicaments carcinogènes peut avoir lieu dans des sites de manipulation au sein des établissements de soins (pharmacies hospitalières, services de soins) ou dans des sites de production dans les industries pharmaceutiques et chimiques.

Sous-objectif général 2-3 : réduire l'exposition au bruit en milieu professionnel

Objectif spécifique

OS 2-3-1 : réduire la proportion de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive

En l'attente des résultats de l'enquête Sumer 2009, il est proposé de maintenir en l'état l'objectif tel qu'il a été initialement formulé dans la première loi de santé publique. La tendance observée entre les deux enquêtes devrait permettre de fixer le nouveau seuil de réduction à atteindre.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Enquête Sumer	Dares	2003	26,7 %*	2009	2015

* % de travailleurs sans protection auditive exposés à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine, par rapport à l'ensemble des travailleurs exposés.

Objectif général 3 - Améliorer la prévention des risques psychosociaux au travail

Les problèmes de santé dus aux risques psychosociaux en lien avec le travail prennent une importance qui semble actuellement grandissante. Les différentes études sur les conditions de travail menées en France montrent, du fait de modifications substantielles des organisations de travail ces dernières décennies, une intensification du travail et des contraintes psychosociales[49]. Du côté des entreprises, on note la création d'observatoires du stress dans certaines grandes entreprises. La transposition en droit français d'un accord cadre européen sur le « stress » au travail en juillet 2008 souligne l'importance de la lutte contre les problèmes de « stress » au travail.

[49] Bué J, Coutrot T, Puech I. Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes. Collections Travail et Activité humaine. Editions Octares, Toulouse 2004, 166 pages.

La littérature épidémiologique dispose aujourd'hui d'un important corpus d'études, méthodologiquement solides, permettant de considérer qu'il existe des liens entre des expositions professionnelles psychosociales et une altération de la santé[50]. Les travaux dans ce domaine se sont très vite développés depuis les années 80 avec l'élaboration aux Etats-Unis du modèle « tension au travail » (« job strain ») de Karasek[51]. D'après ce modèle, la situation devient délétère pour la santé lors d'une exposition prolongée à la combinaison d'une forte demande psychologique (forte charge de travail incluant quantité, intensité, complexité,…) et d'une faible latitude décisionnelle (faible marge de manœuvre et peu de possibilité d'utiliser ou de développer ses compétences). Le soutien social au travail vient moduler cette tension au travail. Un autre modèle d'exposition psychosociale développé par Siegrist[52] met en balance d'une part, les efforts consentis par les salariés (tels que pressions temporelles, responsabilités, exigences croissantes de travail,…) et d'autre part, les récompenses obtenues (gratifications financières, estime, perspectives de promotion, sécurité d'emploi,…), afin de mesurer le déséquilibre « effort-récompense » et le surinvestissement au travail.
L'exposition aux facteurs psychosociaux est très fréquente, comme le montre l'enquête Sumer 2003[53]. Parmi les salariés, le « job strain », concerne 23 % d'entre eux. Les femmes y sont plus exposées (28 %) que les hommes (20 %), les ouvriers et les employés davantage que les cadres et les professions intermédiaires, et les salariés en situation de « job strain » se déclarent en moins bonne santé que les autres et ce, d'autant plus que le soutien social au travail est insatisfaisant.
Les principaux effets sur la santé associés aux facteurs psychosociaux sont les troubles dépressifs – pouvant aller jusqu'aux troubles anxio-dépressifs et aux idées suicidaires et, les TMS et les problèmes cardiovasculaires.

Objectif spécifique

OS 3-1 : réduire les taux de personnes exposées à des niveaux élevés de facteurs psychosociaux au travail
Un groupe mandaté par le ministre en charge du travail, de la fonction publique doit prochainement proposer des indicateurs de facteurs psycho-sociaux.

Objectif général 4 - Améliorer la réparation des maladies professionnelles

Le système français de réparation des maladies professionnelles repose sur la déclaration volontaire par les victimes et sur l'existence de « tableaux ». Ces tableaux sont créés et révisés régulièrement par décret, après avis du Conseil d'orientation sur les conditions de travail. Il existe actuellement plus de 110 tableaux de maladies professionnelles au régime général de la Sécurité sociale et près de 60 dans le régime agricole. Ce système ayant des limites évidentes, un système complémentaire de réparation a été mis en place en 1993, qui permet de réparer un certain nombre de maladies n'entrant pas dans le cadre strict des tableaux, mais imputables à l'activité professionnelle. Un Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) se prononce alors sur l'existence d'un lien « direct et essentiel » et la présomption d'origine tombe. Le système français de Sécurité sociale prévoit, pour le financement des maladies et accidents liés au travail chez les salariés, des modalités spécifiques pour le financement, qui est abondé par les employeurs.
Cependant, ce système est régulièrement mis en cause, notamment en raison d'une forte « sous-réparation », comme plusieurs rapports officiels l'ont souligné, notamment celui de la Cour des comptes (Cour des comptes, 2002).
Malgré le caractère limité des données disponibles, il apparaît clairement que la réparation des maladies d'origine professionnelle est insuffisante. Quelques exemples le montrent amplement.

[50] - Stansfeld SA, Candy B. Psychosocial work environement and mental health – a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health 2006; 32(6): 443–62.
- Netterstrøm B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, Stansfeld S. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. Epidemiol Rev 2008; 30: 118-32.
[51] Niedhammer I. Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. Int Arch Occup Environ Health 2002 Mar; 75(3): 129-44.
[52] Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF. Psychometric properties of the French version of the Effort-Reward Imbalance model. Rev Epidemiol Sante Publique 2000; 48(5): 419–37.
[53] Bué J, Coutrot T, Guignon N, Sandret N. Les facteurs de risque psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête Sumer. Revue Française des Affaires Sociales 2008; (2-3): 45-70.

Cancers

L'InVS a publié un rapport en avril 2003 intitulé « Estimation du nombre de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France » et une réactualisation de ces évaluations a été faite à partir des données d'incidence connues de l'année 2000. Pour les hommes, le rapport entre les cancers professionnels reconnus et le nombre incident de cancers professionnels estimé en 2000 serait de 1 à 4. Par ailleurs, selon le rapport de l'InVS d'avril 2003, les taux de sous-déclaration des cancers professionnels varient sensiblement selon le type de cancer considéré :

- la sous-déclaration est moins importante pour le mésothéliome pleural et les cancers nasosinusiens. Ces pathologies sont très spécifiques d'une exposition professionnelle : l'amiante pour le mésothéliome pleural, les poussières de bois pour les cancers nasosinusiens. Plus de la moitié des cas que l'on peut imputer à une origine professionnelle bénéficient d'une indemnisation par le régime général ;
- concernant le cancer du poumon, le taux de reconnaissance se situerait autour de 20 % (les reconnaissances concernent pour l'essentiel les cancers du poumon attribuables à l'amiante) ;
- pour les leucémies, le pourcentage de reconnaissance serait de l'ordre de 10 %, et pour les cancers de la vessie il se situerait autour de 1 %.

Troubles musculo-squelettiques

L'InVS estime, à partir des résultats de son programme pilote de surveillance des TMS des Pays de Loire, que la fraction des syndromes du canal carpien attribuable à des facteurs professionnels s'établit à 48 % pour les hommes et à 29 % pour les femmes, et que le taux de sous-déclaration du syndrome du canal carpien peut être *évalué à environ 46 %.*

Asthme

La commission Diricq estime que le nombre de cas d'asthmes professionnels au régime général de la sécurité sociale serait de 4600 environ, dont 297 ont été indemnisés en 2006, soit moins de 10 %.

Les raisons de la sous-déclaration sont multiples. Du côté des salariés, la méconnaissance des démarches, leur complexité et la crainte des répercussions sur l'emploi constituent un frein à la déclaration[54]. Les faibles niveaux d'indemnisation des maladies professionnelles en comparaison de ceux accordés après mise en invalidité dans le cadre de l'Assurance maladie ou suite à des accidents de la circulation peuvent aussi constituer un frein[55]. Certaines causes relèvent de l'entreprise, comme la fréquente absence de traçabilité des expositions[56] ou le manque d'information des salariés sur les risques auxquels ils sont exposés[57]. Le taux de sous-déclaration varie ainsi selon le type d'entreprise. Des cas de pressions des employeurs sur les salariés pour qu'ils ne déclarent pas de maladies professionnelles peuvent aussi exister. D'autres facteurs, enfin, relèvent de la pratique médicale : difficultés des médecins face aux démarches administratives, craintes de la désinsertion professionnelle pour leur patient, manque de formation des médecins traitants en médecine du travail, méconnaissance du principe de présomption d'origine, manque de référentiels, sentiment des médecins traitants que la déclaration des maladies professionnelles ne relève pas de leur rôle, manque de collaboration entre médecins traitants et médecins du travail, manque de temps[58]. Les freins à la déclaration de maladies professionnelles peuvent également varier selon le type de

[54] Verger P, Viau A, Arnaud S, Cabut S, Saliba ML, Iarmarcovai G, Souville M. Barriers to physician reporting of workers' compensation cases in France. Int J Occup Environ Health 2008; 14 (3): 198-205.
[55] Diricq N. Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, Juillet 2008.
[56] Diricq N. Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, Juillet 2008.
[57] Lax MB, Grant WD, Manetti FA, Klein R. Recognizing occupational disease--taking an effective occupational history. Am Fam Physician 1998; 58: 935-44.
[58]- Verger P, Viau A, Arnaud S, Cabut S, Saliba ML, Iarmarcovai G, Souville M. Barriers to physician reporting of workers' compensation cases in France. Int J Occup Environ Health. 2008; 14(3): 198-205.
- Arnaud S, Viau A, Ferrer S, Iarmarcovai G, Saliba ML, Souville M, Verger P. Quels freins à la déclaration d'une lombosciatique en maladie professionnelle pour les médecins généralistes et les rhumatologues ? Santé publique,2008 ; 20 (supp. 3): S1-S10.
- Viau A, Arnaud S, Ferrer S, Iarmacovai G, Saliba ML, Souville M, Verger P. Facteurs associés à la sous déclaration par les médecins des cancers broncho-pulmonaires liés à l'amiante. La Revue du Praticien 2008 ; 58 : 9-16.
- Arnaud S, Cabut S, Viau A, Souville M, Verger P. Different reporting patterns for occupational diseases among physicians: a study of French general practitioners, pulmonologists and rheumatologists, Int Arch Occup Environ Health 2009.

pathologie. Pour les cancers du poumon liés à une exposition professionnelle à l'amiante, par exemple, le tabagisme du patient peut masquer la responsabilité de l'exposition professionnelle aux yeux des médecins[59].
Pour réduire cette sous-déclaration, il est proposé de :

- revoir la place, pour la renforcer, des risques professionnels dans le cursus des études médicales, aussi bien lors de la formation initiale que lors de la formation continue ;
- mettre à disposition des médecins des outils pour les aider dans leurs démarches de repérage des maladies d'origine professionnelle et dans l'accompagnement des déclarations en maladies professionnelles par les patients[60] ;
- prévoir, lors des rencontres de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour la prise en charge des personnes atteintes de tumeurs malignes, la recherche systématique de facteurs professionnels et l'enregistrer dans le résumé des RCP. Pour ce faire, utiliser les outils disponibles de repérage des situations professionnelles pouvant exposer à des agents cancérogènes[61] et développer de nouveaux outils lorsqu'ils n'existent pas. Les informations recueillies pourraient ensuite être évaluées notamment au niveau des réseaux d'oncologie ;
- actualiser plus rapidement les tableaux de maladies professionnelles en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques[62] ;
- renforcer l'action des centres de consultations de pathologies professionnelles, et à travers elles, du Réseau de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P). De part leur expérience, ces centres sont en effet plus que d'autres partenaires, à même de réaliser des calendriers professionnels et d'apporter les éléments d'évaluation d'expositions professionnelles qui font le plus souvent défaut dans le processus de repérage et d'identification des pathologies professionnelles, avant même la déclaration en MP proprement dite. L'existence du RNV3P, en partenariat avec l'Afsset, la CnamTS, la CCMSA, l'InVS et l'INRS permet aussi de favoriser l'acquisition de nouvelles connaissances et la mise en évidence de phénomènes émergents.

Plus généralement, il importe de soutenir l'élaboration de recommandations pour la pratique professionnelle des médecins du travail, en partenariat avec les sociétés savantes (Société française de médecine du travail, et selon les spécialités médicales, comme la Société de pneumologie de langue française pour l'amiante ou le mésothéliome). Cette démarche doit être effectuée en collaboration avec la DGT et la DGS, et avec le soutien de la HAS en vue d'obtenir le plus souvent possible une labellisation.

Objectifs spécifiques

OS 4-1 : réduire de 50 %, en 10 ans, la différence entre le nombre de cancers d'origine professionnelle estimés et le nombre de cancers indemnisés, en particulier pour les cancers du poumon, les cancers de la vessie et les leucémies

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Cancers professionnels indemnisés	CnamTS/ CCMSA	2008	A documenter		

[59] Verger P, Arnaud S, Ferrer S, Iarmarcovai G, Saliba ML, Viau A, Souville A. Inequities in reporting asbestos-related lung cancer: influence of smoking stigma and physician's specialty, workload, and role perception. Occup Environ Med. 2008; 65: 392-7.
[60] On pourrait s'inspirer notamment d'une démarche mise en œuvre en région Paca depuis 5 ans (www.SISTEPACA.org) afin de voir si elle est extrapolable à d'autres régions.
[61] Renseigner le métier, comme cela est parfois fait, n'est pas suffisant pour repérer des situations professionnelles à risque.
[62] InVS. Confrontation des cancérogènes avérés en milieu de travail et des tableaux de maladies professionnelles – révision 2006 . Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.:http://www.invs.sante.fr/publications/2005/cancerogenes_travail/index.html

Rapport sur les cancers attribuables à des risques professionnels	InVS	2003 actualisé	A documenter		

OS 4-2 : réduire de 50 %, en 10 ans, la différence entre le nombre de TMS d'origine professionnelle estimés et le nombre de TMS indemnisés au titre des maladies professionnelles

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
TMS professionnelles indemnisées	Cnamts/ CCMSA	2008	A documenter		
Surveillance épidémiologique des maladies à caractère professionnel*	InVS	2008	A documenter	Statistique annuelle	

***** réseau de médecins du travail volontaires dans sept régions

En conclusion

Bien que des progrès aient été perçus en matière de santé environnementale au travers de l'évaluation des objectifs de la loi d'août 2004, il est nécessaire de les consolider. Les anciens objectifs (qualité de l'habitat, pollution atmosphérique urbaine et industrielle, pollution de l'eau) sont par conséquent reconduits, mais reformulés avec une définition plus opérationnelle, une reconsidération des valeurs repères de gestion du risque et une forte volonté pour la mise en œuvre des actions nationales et locales permettant de les atteindre.

La loi de santé publique du 9 août 2004 comportait seulement quatre objectifs relatifs à la santé au travail, qui n'ont pu être évalués pour la plupart. Du fait de l'impact des facteurs professionnels sur l'état de santé d'une grande fraction de la population, de nouveaux objectifs sont ajoutés. Ils portent sur la prévention des risques au travail (exposition aux facteurs physiques, chimiques ou biologiques et aux contraintes posturales ou psycho-sociales) et sur une meilleure prévention et prise en charge des maladies professionnelles, ces dernières étant un des déterminants majeurs des inégalités sociales de santé.

Les tableaux 1a et 1b récapitulent ces propositions.

Tableau 1a - Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème de la santé environnementale

Objectif général 1 - Réduire l'exposition de la population aux nuisances liées à la qualité de l'habitat

Sous-objectif général 1-1 : réduire l'exposition de la population au plomb

OS 1-1-1 : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 50 µg/l

OS 1-1-2 : diminuer de 5 µg/l la plombémie moyenne de la population infantile française d'ici 2015

Sous-objectif général 1-2 : réduire l'exposition de la population au radon domestique

OS 1-2-1 : réduire dans les établissements d'enseignement et dans les établissements sanitaires et sociaux :
- de 75 % la proportion de ceux qui ont une valeur d'activité du radon supérieure à 200 Bq/m^{-3} ;
- de 50 % la proportion de ceux dépassant une valeur de 100 Bq/m^{-3} ;
- à 0% la proportion d'établissements ayant une valeur ≥ 300 Bq/m^{-3}.

OS 1-2-2 : développer le dépistage du radon dans l'habitat

Sous-objectif général 1-3 : réduire l'exposition de la population au monoxyde de carbone (CO)

OS 1-3-1 : réduire de 20% l'incidence des intoxications au monoxyde de carbone à l'échelle nationale, et de 30 % dans cinq régions prioritaires (Nord-Pas de Calais, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur)

Objectif général 2 - Réduire l'exposition de la population aux grandes sources polluantes

Sous-objectif général 2-1 : réduire l'exposition de la population aux pollutions atmosphériques urbaine et industrielle

OS 2-1-1 : réduire, en 2011, (entrée en vigueur de la Directive CAFE), par rapport à 2002 :
- de 30 % les concentrations moyennes annuelles de NO_2 ;
- de 20 % les concentrations moyennes annuelles d'ozone et de dioxyde de soufre.

OS 2-1-2 : réduire les concentrations moyennes annuelles des particules fines PM2.5 pour atteindre le seuil de 15 $\mu g/m^3$ en 2015

OS 2-1-3 : réduire, en 5 ans, de 50%, en moyenne sur l'ensemble du territoire, les écarts observés entre les immissions estimées dans les secteurs urbains les plus affectés par la pollution atmosphérique et les secteurs les moins affectés

OS 2-1-4 : réduire de 50%, en 5 ans, les rejets atmosphériques des composés organiques volatils (dont le benzène), des métaux toxiques et des émissions de dioxines par l'incinération et la métallurgie

Sous-objectif général 2-2 : réduire l'exposition de la population aux toxiques et polluants des eaux

OS 2-2-1 : réduire de moitié, en 5 ans, le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées, en particulier pour les paramètres microbiologiques et les pesticides.

OS 2-2-2 : réduire de 50%, en 5 ans, l'incidence des légionelloses

Tableau 1b - Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème de la santé au travail

Objectif général 1 - Améliorer la prévention des accidents survenant en milieu professionnel

OS 1-1 : réduire de 5 %, en 5 ans, dans les secteurs du BTP, de l'agriculture et du transport, les taux annuels d'accidents du travail mortels ou avec incapacité permanente partielle (IPP)

Objectif général 2 - Améliorer la prévention des maladies professionnelles

Sous-objectif général 2-1 : réduire les risques péri-articulaires liés au travail

OS 2-1-1 : diminuer de 10 %, en 5 ans, les taux d'incidence des syndromes de la coiffe des rotateurs, des syndromes du canal carpien et des épicondylites latérales d'origine professionnelle

OS 2-1-2 : réduire de 20 % en cinq ans, la proportion de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine

Sous-objectif général 2-2 : réduire l'exposition aux agents carcinogènes

OS 2-2-1 : diminuer la prévalence des expositions des travailleurs aux cancérogènes (cat 1 et 2 de l'UE)

OS 2-2-2 : mieux prendre en compte et évaluer l'exposition aux médicaments carcinogènes en milieu professionnel

Sous-objectif général 2-3 : réduire l'exposition au bruit en milieu professionnel

OS 2-3-1 : réduire la proportion de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive

Objectif général 3 - Améliorer la prévention des risques psychosociaux au travail

OS 3-1 : réduire les taux de personnes exposées à des niveaux élevés de facteurs psychosociaux au travail

Objectif général 4 - Améliorer la réparation des maladies professionnelles

OS 4-1 : réduire de 50 %, en 10 ans, la différence entre le nombre de cancers d'origine professionnelle estimés et le nombre de cancers indemnisés, en particulier pour les cancers du poumon, les cancers de la vessie et les leucémies

OS 4-2 : réduire de 50 %, en 10 ans, la différence entre le nombre de TMS d'origine professionnelle estimé et le nombre de TMS indemnisés au titre des maladies professionnelles

Les observations rassemblées par le HCSP concernant la santé environnementale et la santé au travail le conduisent à proposer :

- d'ériger en véritable priorité nationale la lutte contre le bruit dans l'environnement et en milieu de travail, alors que ce risque est actuellement sous-investi à travers une gestion publique qui se caractérise par des actions plus symboliques qu'effectives et peu évaluées ;
- de mieux prendre en compte dans la réglementation des substances carcinogènes l'évolution des connaissances nouvelles rassemblées par les instances faisant autorité (CIRC, EPA) ;
- d'améliorer les systèmes d'information en vue de permettre la mesure des inégalités sociales et territoriales d'exposition aux nuisances et aux risques, ce qui devrait conduire à renforcer l'effort de réduction de ces inégalités sociales de santé ;
- de maintenir un haut degré d'engagement public pour le soutien à une recherche à la fois fondamentale et finalisée en appui aux politiques de prévention dans les champs des risques liés au contexte professionnel et aux milieux de vie. La mise à contribution de financements d'origine privée est tout à fait fondée, dans des conditions assurant l'indépendance des travaux et de leur publication.

A cet effet, diverses actions très ciblées, directement rapportées à la réalisation des objectifs de 2004, sont listées ci-après, plusieurs étant mentionnées dans le PNSE2.

Proposition 1 - Faire de la prévention des expositions environnementales et professionnelles au bruit une priorité nationale

Le renforcement de la lutte contre le bruit, notamment contre les nuisances sonores liées aux transports, devrait constituer une forte priorité.
Si diverses actions ont été engagées, rares sont celles qui ont été pleinement mises en œuvre et, surtout, évaluées. En l'absence des outils, référentiels et objectifs quantitatifs permettant une évaluation, tant des actions conduites que des progrès réalisés, il convient de produire et de rendre publics des indicateurs nationaux (nombre de points noirs, nombre d'habitants soumis à tel ou tel niveau pour les agglomérations ayant une cartographie du bruit), afin de pouvoir suivre leur évolution. Ainsi, le HCSP insiste pour que la cartographie du bruit exigée par l'Union européenne[63] (pour les agglomérations de plus de 100 000 habitants à terme) depuis juin 2007, toujours pas terminée, soit menée à bien dans les plus brefs délais.

Les données sources permettant de produire les cartographies du bruit doivent sans délai être rendues accessibles publiquement par les collectivités territoriales compétentes. Alors que cela est le cas dans de nombreux pays de l'UE, diverses agglomérations en France se réfugient derrière le flou de la directive sur ce plan pour ne pas rendre ces données sources accessibles, se contentant de publier les cartes. Une telle disposition serait de nature à permettre d'améliorer la connaissance des impacts socio-sanitaires des nuisances sonores et des inégalités d'exposition au bruit.
L'instauration d'un ensemble coordonné d'opérateurs chargés de la surveillance des nuisances sonores dans les environnements extérieurs et intérieurs, à l'instar de la surveillance de la qualité de l'air, est une vraie **priorité**. L'identification et le « traitement » des « points noirs » doivent faire l'objet d'engagements fermes, assortis de moyens financiers, avec en contrepartie des pénalités réellement incitatives - le tout étant placé sous l'autorité des préfets.

Proposition 2 - Améliorer les systèmes d'information

P2-1 - Renforcer les moyens existants de connaissance des effets du travail

Malgré l'existence en France de nombreuses informations et données dans le domaine de la santé au travail, nombre d'entre elles sont encore collectées dans des conditions méthodologiques qui les rendent peu utilisables : absence de protocole de recueil, de standardisation, de centralisation. Les réseaux de surveillance épidémiologique et le programme de développement de matrices emplois-expositions en population générale mis en place progressivement par le département Santé Travail de l'InVS, sont à développer. Des extensions de l'enquête Sumer dans quelques régions seraient utiles.

Enfin, la mise en place d'un système d'information des risques en milieu professionnel, à partir des données des services de santé au travail, est à encourager.

Les campagnes de contrôle « thématiques » réalisées par l'Inspection du travail, attestent d'un progrès significatif. Mais, outre la redondance de certaines missions avec les tâches habituelles de l'inspection du travail, certaines apparaissent ponctuelles et elles ne suffisent vraisemblablement pas à affronter une réalité complexe.

Toutefois, ces informations sont fournies uniquement pour les travailleurs relevant du régime général ou de la mutualité sociale agricole : de larges catégories de travailleurs (notamment non-salariés-non agricoles et fonctionnaires) ne sont pas couverts par ces données. Les différentes fonctions publiques devraient à cet égard être exemplaires pour la mesure et la fourniture des données de maladies ou accidents à caractère professionnel parmi leurs salariés.

Plus spécifiquement, la mise en place d'un système de surveillance des travailleurs exposés à des substances potentiellement cancérogènes était un objectif du plan cancer 1. Des études ont été mises en place, comportant des dispositifs longitudinaux permettant le suivi de l'exposition des travailleurs

[63] Dans le cadre de la Directive 2003/4/CE relative à un meilleur accès à l'information en matière d'environnement.

affiliés aux différents régimes de sécurité sociale[64]. Ces études doivent être complétées par le développement d'outils de traçabilité des expositions professionnelles par les services de santé au travail avec l'aide des services de prévention des risques professionnels des organismes de protection sociale (CnamTS, MSA). L'ensemble doit contribuer à une meilleure évaluation individuelle des risques et à la réalisation d'une surveillance spécifique des travailleurs exposés à des risques cumulatifs.

P2-2 - Développer un dispositif national de biosurveillance

Le Grenelle de l'environnement a demandé la mise en place dans le cadre du PNSE2 d'un programme de biosurveillance de la population française.

Quelques études utilisant des biomarqueurs, souvent sur des échantillons de taille limitée ou ciblées sur des problématiques spécifiques, ont déjà été menées ou coordonnées par l'InVS et d'autres structures françaises.

L'enjeu des années à venir est désormais de mettre en place un véritable dispositif de biosurveillance *via* des enquêtes nationales itératives et portant sur de grands échantillons représentatifs de la population française avec mesure de nombreux biomarqueurs.

La constitution à cette occasion de banques d'échantillons biologiques (biobanques ou biothèques) est également essentielle car elle permettrait de conserver pour l'avenir la possibilité de rechercher des substances dont les dangers sont ignorés aujourd'hui, ou que nous ne savons pas encore doser.

Ces enjeux ne sont pas spécifiques à la France. Harmoniser les approches au niveau international permettrait de pouvoir comparer les résultats dans les différents pays et aussi de disposer de règles de bonne pratique qui soient testées, validées et reconnues par l'ensemble de la communauté scientifique internationale. Ce point est particulièrement important dans le domaine de l'éthique, la biosurveillance posant des problèmes bien spécifiques de recueil du consentement des participants, de protection des données individuelles, de communication et d'utilisation des résultats. Il pourrait en outre être judicieux de favoriser au plan européen l'émergence d'un réseau de laboratoires capables de couvrir le dosage de l'ensemble des substances pertinentes, ce qui est encore loin d'être le cas.

P2-3- Produire et mettre à disposition les données statistiques à un niveau géographique fin

Les systèmes d'information ne permettent pas le plus souvent de décrire la situation des nuisances environnementales ni des expositions professionnelles en termes géographiques fins (sauf, en partie, pour le risque routier et la qualité de l'eau) et elles ne permettent donc pas d'associer les populations aux efforts contre les sources de nuisances. Les données sanitaires elles-mêmes (statistiques de mortalité, des ALD de la sécurité sociale, etc.) ne sont pas rapportées suffisamment aux zones géographiques du territoire de sorte qu'elles ne permettent pas une analyse épidémiologique fine. Il conviendrait de promouvoir leur production à l'échelle des Iris (Ilots regroupés pour l'information statistique). En particulier, la surveillance de l'incidence de certains cancers devrait pouvoir être faite à cette échelle géographique fine, et avec une réactivité suffisante, si on veut répondre aux questions posées par les populations, les médecins, les élus. Le développement de dispositifs automatisés d'exploitation des données de l'assurance maladie, des hôpitaux et des laboratoires d'anatomopathologie (système multisource de surveillance des cancers) se heurte à des difficultés multiples (obstacles règlementaires, participation insuffisante des organismes et professionnels détenteurs de données), qui peuvent et doivent être levées.

La réalisation d'extensions régionales fines lors d'enquêtes nationales pourrait être encouragée. Il est essentiel que le PNSE2 et ses déclinaisons régionales consacrent à la production de données sanitaires et environnementales les moyens nécessaires en termes de méthode, d'organisation et de financement.

[64] BEH 2006, n°46-47.

P2-4- Promouvoir et soutenir le développement pérenne d'une surveillance de données relatives à la qualité de l'habitat

Des données sur la qualité de l'habitat liée à plusieurs polluants ou nuisances (pollution de l'air, radon, plomb,…), existent, mais leur amélioration, ainsi que la possibilité de les mettre en lien avec les indicateurs socio-économiques des personnes occupant le logement (notamment pour traiter la problématique des inégalités de santé) doivent être obtenues. L'Observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI) a réalisé l'observation d'un échantillon de 567 logements, représentatif au niveau national, avec un questionnaire d'environ 600 items. Les résultats sont en cours d'exploitation[65] et des études descriptives ont déjà été publiées, polluant par polluant, ainsi qu'une analyse multifactorielle. Il existe donc déjà une source de données assez élaborée sur la qualité de l'air intérieur, mais pas sur les autres problématiques (bruit, risques dus au plomb,…). La collecte d'informations est nécessairement coûteuse, d'autant plus, qu'outre des mesures physiques, elle inclut un questionnement comportant des caractéristiques socio-économiques ainsi que du mode et du cadre de vie des personnes habitant le logement.

C'est pourquoi le HCSP préconise le soutien des travaux de ce type, dont le financement, actuellement non pérenne, doit être clairement maintenu.

Par ailleurs des études portant sur l'association des différents polluants avec la santé devront être développées.

Proposition 3 - Mettre en place, à l'initiative des agences de sécurité sanitaire concernées, des mécanismes proactifs de prise en compte dans la réglementation des connaissances scientifiques nouvellement produites sur les produits et substances toxiques, notamment cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques ou allergisantes.

Par exemple, la liste des produits CMR est restreinte dans l'enquête Sumer (28 produits ou familles de produits cancérogènes), alors que l'INRS, dans son bilan 2005, repère 324 substances CMR utilisées en France. Il conviendrait d'étudier l'intérêt de la prise en compte à la fois des situations d'exposition aux agents de catégorie 1 et 2 selon la classification de l'Union européenne et aux agents 1 et 2A selon la classification du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

La classification du CIRC, basée sur des données scientifiques, inclut notamment des substances médicamenteuses comme cancérogènes qui n'apparaissent pas dans la classification de l'Union européenne qui a, elle, valeur réglementaire. Il est indispensable de mettre en place un mécanisme de prise en compte ou d'examen des agents classés cancérigènes 1 et 2A par le CIRC mais n'apparaissant pas en tant que tels dans la réglementation européenne. Le cas de telles substances classées ou nouvellement classées cancérigènes par le CIRC devrait être systématiquement examiné, en France, par les instances *ad hoc*.

Par ailleurs, un grand nombre de nuisances classées cancérogènes avérées ou potentielles par le CIRC ne font pas l'objet de tableaux de maladies professionnelles. De plus, parmi les tableaux de maladies professionnelles existants, des listes limitatives de travaux réduisent les possibilités de réparation et mériteraient un examen détaillé[66]. Le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels pourrait s'appuyer sur les travaux ayant permis d'établir ces constats pour élaborer un programme de révision et de création de maladies professionnelles.

Proposition 4 - Harmoniser les outils et références utilisés pour l'évaluation du risque d'exposition professionnelle et environnementale

Plus globalement, une étude approfondie sur les raisons des différences notables entre la démarche d'évaluation du risque conduite en milieu professionnel (dont le « document unique » est un outil important) et celle qui s'applique au domaine de l'environnement général, mériterait d'être entreprise. Il conviendrait de rechercher sinon une convergence, du moins une cohérence entre valeurs de

[65] http://www.air-interieur.org/oqai.aspx
[66] InVS. Confrontation des cancérogènes avérés en milieu de travail et des tableaux de maladies professionnelles – révision 2006: http://www.invs.sante.fr/publications/2005/cancerogenes_travail/index.html

référence dans l'environnement professionnel et dans l'environnement général, en rendant transparents les processus d'établissement de ces valeurs et en argumentant les différences.

Addictions

Les consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites sont susceptibles d'entraîner des conséquences sanitaires et sociales multiples. Elles peuvent avoir des répercussions pour les consommateurs, mais aussi pour leur entourage plus ou moins proche (pathologies induites, souffrances individuelles, familiales, collectives ; coût social et économique).

Le tabac et l'alcool sont respectivement la première et la deuxième cause de mortalité évitable en France. On estime qu'en 2000, parmi les causes de mortalité, environ 60 600 décès, soit plus d'un décès sur 9 étaient attribuables au tabagisme[67], 37 000 à la consommation excessive et répétée d'alcool, dont 10 000 par cancer, 6 800 par cirrhose ou autres pathologies digestives, 3 000 par psychose et dépendance alcoolique et 2 300 par accidents de la route[68]. Pendant la grossesse, l'alcool expose le fœtus à des troubles de sévérité croissante avec le niveau de consommation de la mère, allant de déficits de l'apprentissage au syndrome d'alcoolisation fœtale ; leur fréquence est estimée à 800 à 1 000 enfants par an, et jusqu'à 1 enfant sur 200 pour les atteintes moins sévères[69].
La morbidité liée au tabac ou/et à l'alcool est majeure. Le tabac est ainsi directement à l'origine de bronchites chroniques obstructives, de cancers du poumon, de cancers des voies aérodigestives supérieures, en association avec l'alcool, de cancers de la vessie. Il est un facteur de risque de maladies cardiovasculaires et de cancer de l'œsophage et du col utérin.

Concernant les effets des drogues illicites, l'influence de la consommation de cannabis au volant serait responsable de 200 décès annuels par accidents de la route. Les consommations d'opiacés et de cocaïne, souvent associées à d'autres substances illicites, médicamenteuses et alcool, induisent, lorsque la voie d'administration est l'injection, des risques de transmission infectieuse, et en particulier le VIH et le VHC. La politique de réduction des risques a, en effet, eu un impact sur la diminution de la transmission du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse passant de 40 % au milieu des années 80 à 11 % en 2004[70], mais la transmission du VHC reste particulièrement importante dans cette population, la prévalence s'élevant à 60 % en 2004[71]. Le nombre de décès par surdose est passé de plus de 500 dans les années 1990 à moins de 100 en 2003, mais ces données sont probablement sous-estimées[72].

La lutte contre l'alcoolisme, puis contre l'usage de drogues illicites, et enfin contre le tabagisme, s'est progressivement organisée en France dans le cadre de mesures législatives successives[73]. Ces mesures reposent principalement, pour l'alcoolisme et le tabagisme, sur la réduction de l'accessibilité à ces produits, par le biais d'une politique tarifaire et de taxation affirmée. Elles consistent également à prévenir la consommation des adolescents auprès desquels la vente, et pour l'alcool l'offre à titre gratuit dans les débits de boisson, commerces ou lieux publics, sont interdits. L'interdiction de fumer d'abord dans les lieux publics, puis sur les lieux de travail et de convivialité s'est déployée par étapes. D'autres mesures visent à limiter la promotion de l'alcool et du tabac et à signaler au consommateur leur dangerosité. Ces dispositions relatives à la baisse de la consommation sont complétées de mesures plus spécifiquement en rapport avec la sécurité routière.
Dans le domaine des drogues illicites, le cadre juridique est imposé par la loi du 31 décembre 1970, qui réprime tant l'usage que le trafic de toute substance classée comme stupéfiant, mais définit

[67] Synthèse de l'OFDT sur les conséquences du tabac. Mise à jour janvier 2010. http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/tabac/consequ.html#aff_rech
[68] Synthèse de l'OFDT sur les conséquences de l'alcoolisme. Mise à jour février 2008. http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/consequ.html#aff_rech
[69] Dehaene P, Samaille-Villette C, Boulanger-Fasquelle P *et al*. Diagnostic et prévalence de l'alcoolisation fœtale en maternité. Presse Med. 1991; 20: 1002.
[70] Jauffret-Roustide M., Emmanuelli J., Barin F., et al Impact of a harm reduction policy on HIV and HCV transmission among drug-users. Recent French Data. The ANRS-Coquelicot Study. Substance Use and Misuse 2006: vol. 41, n° 10-12 : 1603-1622.
[71] Jauffret-Roustide M., Le Strat Y., Couturier E., et al. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design, BMC Infectious Diseases, 2009: 9, 113-124.
[72] Emmanuelli J, Desenclos JC. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. Addiction 2005;100:1690-700.
[73] Loi du 31/12/70, Loi du 09/07/76 (Loi « Veil »), Loi du 10/01/1991 (Loi « Evin »), loi du 21/07/2009 (HPST).

également l'injonction thérapeutique, qui permet à l'usager d'éviter l'incarcération au profit d'une prise en charge sanitaire et sociale.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 poursuit le premier plan 2004-2008. Il s'inscrit dans une conception globale des comportements addictifs non strictement liée au type de substance consommée.
Le regroupement des addictions aux différentes substances psychoactives dans un unique champ, permet en effet de modifier la prise en compte de ces phénomènes au sein de cadres d'analyse communs, non exclusivement fondés sur les différents types de produits, mais avec une conception comportementale des conduites addictives et de leurs risques pour l'individu et la société. Cependant, des systèmes de surveillance et de prise en charge spécifiques à chaque produit se maintiennent parallèlement à cette nouvelle conception.

Trois objectifs généraux ayant trait aux addictions sont proposés, déclinés par type de produit consommé.

Objectif général 1 - Poursuivre la réduction du tabagisme en population générale, en ciblant tout particulièrement les adolescents, les femmes enceintes et les milieux défavorisés

Les données scientifiques récentes semblent indiquer que la durée du tabagisme serait plus délétère que les quantités consommées. Il est ainsi établi, chez les anciens fumeurs, que le gain d'espérance de vie, entre 30 et 60 ans, est d'autant plus important que l'interruption du tabagisme est précoce, mais qu'il est néanmoins significatif, même aux âges élevés. Pour les fumeurs arrêtant à l'âge de 30 ans, l'espérance de vie rejoint même le niveau des non-fumeurs[74].

L'évaluation de l'objectif de réduction du tabagisme quotidien figurant dans la loi de santé publique d'août 2004 a montré une évolution favorable, plus marquée chez les jeunes et les femmes. Cependant, l'analyse plus fine relève la persistance d'une situation plus défavorable pour certaines catégories sociales, ainsi que pour les plus forts consommateurs.

Il est donc proposé de poursuivre cet objectif, en ciblant spécifiquement les groupes les plus exposés ou pour lesquels les enjeux sanitaires sont importants.

En complément des mesures législatives et réglementaires visant à réduire l'accès au tabac, des actions de prévention spécifiques doivent cibler ces groupes plus particulièrement exposés :

- à l'école pour les adolescents ;

- lors des consultations médicales pour les femmes enceintes ;

- par d'autres moyens pour les fumeurs de milieux défavorisés : médecine du travail pour ceux qui ont un emploi, ANPE pour les chômeurs, diverses institutions qui viennent en aide aux plus pauvres (centres d'hébergement, de distribution de nourriture, conseillers en économie sociale et familiale…).

Objectifs spécifiques

OS 1-1 : réduire en cinq ans, en population adulte (18-75 ans), d'au moins 25 % la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes et les femmes

Il semble ambitieux mais pas irréaliste de viser une réduction du tabagisme de 25% sur cinq ans, de façon à s'approcher des niveaux observés dans les pays occidentaux. Certes les comparaisons internationales sont délicates (questions posées et tranches d'âge très variables) ; toutefois on pourra retenir les points suivants : les prévalences hommes-femmes sont aujourd'hui de 15 % et 12 % au Canada (en 2007), de 22 % et 18 % en Australie (2007), de 24 % et 23 % en Irlande (2008), de 23 % et 21 % en Grande-Bretagne, de 17 % et 11 % en Californie (2005). Etant donné que la France s'est dotée ces dernières années de moyens de lutte antitabac tout à fait comparables à ceux mis en place plus précocement dans ces pays, les objectifs proposés ici semblent atteignables.

[74] Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking : 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519.

Pour évaluer l'évolution de l'indicateur, la valeur de référence sera à préciser à partir des premiers résultats du Baromètre santé 2010 (terrain prévu fin 2009, avec des questions plus précises et une taille d'échantillon de l'ordre de 30 000 personnes).

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Baromètre santé	Inpes	2005	Hommes : 30,5 %	
			Femmes : 23 %	
		2010	Hommes :	2015
			Femmes :	
Enquête sur le tabagisme (n=2000)	Inpes	2008	Hommes : 27 %	
			Femmes : 22 %	

% de fumeurs réguliers (déclarant fumer une ou plusieurs cigarettes par jour) parmi les 18-74 ans

OS 1-2 : chez les adolescents

OS 1-2-1 : réduire, en 5 ans, de 20 %, au moins, la prévalence du tabagisme (occasionnel ou régulier) chez les 15-18 ans

OS 1-2-2 : retarder l'âge à l'initiation tabagique en réduisant de 20 % au moins, en 5 ans, la prévalence de l'expérimentation tabagique avant l'âge de 15 ans

La baisse du tabagisme chez les adolescents âgés de 16 ans s'est essentiellement opérée entre 1999 et 2003, et principalement chez les garçons.

A cet âge de la vie, il n'est pas nécessaire de distinguer les sexes (prévalences tabagiques identiques pour les filles et pour les garçons, voire un peu supérieures pour les filles), ni de différencier fumeurs réguliers et occasionnels (car il est fréquent que la pratique tabagique ne soit pas encore « installée »), ni de séparer des objectifs sur la prévalence d'une part et l'âge à l'initiation d'autre part (les deux sont étroitement liés : si l'âge à l'initiation tabagique recule, la prévalence tabagique également).

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Baromètre santé	Inpes	2005	Tabagisme[a] : 30 %	2010	2015
			Initiation avant 15 ans[b] : 56 %		
Enquête ESCAPAD* (adolescents de 17 ans)	OFDT	2008	Consommation quotidienne[c] : Garçons : 30 % Filles : 28 %	Statistique annuelle	

Enquête ESPAD** (adolescents de 16 ans)	OFDT	2007	Consommation quotidienne[d] : Garçons : 18 % Filles : 16 %	2011	2015

** Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense.*
*** European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.*
a : % de fumeurs (quotidiens ou occasionnels) parmi les 15-18 ans
b : % de personnes de 20-75 ans ayant fumé leur première cigarette avant l'âge de 15 ans
c : % de fumeurs quotidiens (une cigarette ou plus par jour) parmi les adolescents de 17 ans
d : % de fumeurs quotidiens (une cigarette ou plus par jour) parmi les adolescents de 16 ans

OS 1-3 : réduire chez les femmes enceintes, de 50 % en 5 ans, la prévalence du tabagisme (occasionnel ou quotidien)

Ce sont à la fois les tabagismes occasionnel et quotidien qui sont ciblés, avec un objectif plus ambitieux que pour les autres objectifs (réduction de 50 %), dans la mesure où, d'une part, c'est la santé du fœtus qui est en jeu, et, d'autre part, il s'agit pour les femmes concernées par l'arrêt du tabac au moins pendant la durée de la grossesse.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Baromètre santé	Inpes	2010	à déterminer	2015	
Enquête périnatale	Inserm - Drees	2003	21,8 %[a]	2009	
Certificats de santé du 8e jour	Drees	2007	17,5 %[b]	Statistique annuelle	

a : part des femmes déclarant fumer au moins une cigarette par jour au cours du 3e trimestre de la grossesse
b : part des femmes déclarant fumer au moins une cigarette par jour au cours de la grossesse

OS 1-4 : dans les populations défavorisées

OS 1-4-1 : réduire de 20 %, au moins, la prévalence du tabagisme quotidien chez les chômeurs

OS 1-4-2 : réduire de 20 %, au moins, la prévalence du tabagisme quotidien chez les personnes dont le niveau de revenus est compris dans les deux déciles inférieurs de la distribution des revenus par unité de consommation du ménage

Cet objectif vise, en ciblant spécifiquement ces populations qui sont celles ayant les plus fortes consommations, à freiner les écarts croissants entre les plus défavorisés et le reste de la population.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Baromètre santé	Inpes	2005	Chômeurs : 43 % Bas revenus : 33 %	2010	2015

Prévalence du tabagisme quotidien (au moins une cigarette par jour) parmi les chômeurs / les personnes dont le niveau de revenus est compris dans les deux déciles inférieurs de la distribution des revenus par unité de consommation du ménage

Objectif général 2 - Réduire les conséquences sanitaires de la consommation d'alcool en population générale, en particulier chez les adolescents et les femmes enceintes

Cet objectif, qui figurait dans la loi de santé publique d'août 2004, se justifie, en raison de la corrélation positive entre la quantité d'alcool consommée par une population et la quantité de problèmes sanitaires et sociaux liés[75,76].

Objectifs spécifiques

OS 2-1 : réduire au moins de 10 %, en 5 ans, la consommation d'alcool pur par habitant âgé de plus de 15 ans

L'indicateur est celui construit par le groupe IDA (Indicateurs d'alcoolisation) ciblant les personnes de plus de 15 ans. Il existe un recul intéressant de près de vingt années (depuis 1990) pour cet indicateur. La loi de santé publique d'août 2004 avait proposé une baisse de 20 % qui n'a pas été obtenue. La poursuite de la baisse globale doit cependant être exigée. Une réduction de 10 % permettrait de rejoindre le niveau moyen de consommation des pays européens.
Les données par type d'alcool (vins, bières, spiritueux) doivent faire l'objet d'un suivi spécifique.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Ventes annuelles d'alcool	OFDT et groupe IDA	2007	12,8 L/an	2010	2015

Nombre de litres d'alcool pur soumis à taxation et vendus, ou autoconsommés, sur le territoire, rapporté au nombre d'habitants âgés de plus de 15 ans en France.

OS 2-2 : réduire chez les adolescents, de 20 % au moins, en 5 ans, la prévalence des ivresses répétées

Ces enquêtes décrivent deux principaux modes de consommations : régulières (au moins dix consommations déclarées au cours du dernier mois), ou sous forme d'ivresses répétées (au moins 3 ivresses dans l'année). La consommation régulière est en baisse chez les adolescents âgés de 16 à 17 ans, alors que les ivresses répétées étaient en progression de façon nette jusqu'en 2005, moins dans les années suivantes, d'où l'intérêt de les cibler. L'analyse doit intégrer l'âge et le sexe.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
ESCAPAD*[a]	OFDT	2008	8,6 % (à 17 ans)	2010	2015
ESPAD**[b]	OFDT	2007	3,5 % (à 16 ans)	2011	2015
HBSC***	OFDT		(11/13/15 ans)		
Baromètre santé [c]	INPES	2005	21 % (15/19 ans)	2010	2015
ESPS****	IRDES	2006	10 %	2008	2014

** Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense.*
*** European School Survey Project on Alcohol and Other Drug*
**** Health Behaviour in School-Aged Children Study – WHO.*
***** Enquête santé protection sociale.*

[75] Inserm. Alcool, effets sur la santé. Expertise collective. Paris, Editions Inserm 2001, 360 p.
[76] Edwards G. Alcohol policy and the public good. WHO Europe. Oxford, Oxford University Press 1994, 226 p.

a : prévalence des ivresses répétées (au moins 3 ivresses dans l'année) parmi les adolescents de 17 ans
b : prévalence des ivresses régulières (au moins 10 ivresses dans l'année) parmi les adolescents scolarisés de 16 ans
c : prévalence des ivresses répétées (au moins 3 ivresses dans l'année) parmi les adolescents de 15 à 19 ans.

OS 2-3 : chez les femmes enceintes

OS 2-3-1 : réduire, de 50 % au moins, en 5 ans, la consommation d'alcool

Depuis 2006, le nouveau certificat de santé du 8e jour indique la consommation d'alcool pendant la grossesse (au même titre que celle du tabac). Néanmoins, le fort taux de non-réponse observé sur cette variable ne permet pas, pour l'instant, le suivi de ces consommations.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Enquête périnatale	Inserm, Drees	2010			

OS 2-3-2 : étudier la faisabilité d'un système de surveillance multisource du syndrome d'alcoolisation fœtale

L'exposition prénatale à l'alcool peut être responsable d'anomalies malformatives et dysmorphiques et de troubles du développement chez l'enfant à naître. Le syndrome d'alcoolisation fœtale est la forme la plus sévère causée par une consommation maternelle d'alcool importante pendant la grossesse[77]. Or, ces effets de la consommation d'alcool sur l'enfant à naître sont en fait très mal connus par les femmes[78].
L'enquête sur le repérage des syndromes d'alcoolisation fœtale à la naissance dans les maternités, conduite par l'InVS entre 2006 et 2008[79], montre que la surveillance épidémiologique de ce syndrome est difficile, son diagnostic sous-estimé, sa recherche même, objet de tabous. Elle conclut à la nécessité de mettre en place un système multisource basé sur un réseau de prise en charge, dans le cadre d'une politique volontariste de dépistage et de diagnostic.

OS 2-4 : réduire l'incidence de trois pathologies liées à la consommation d'alcool

Les deux premiers objectifs spécifiques proposés ci-dessous peuvent évoluer en fonction d'actions réalisées durant la période de la loi, tandis que le troisième identifie le résultat d'actions passées et informe donc sur les tendances de fond.
Les données ne sont pas disponibles à ce jour. Il convient donc d'organiser leur exploitation par l'InVS. Les indicateurs produits devront être renseignés en fonction du sexe, de l'âge, et si possible, des territoires.
Le niveau de réduction attendu sera fixé à partir de l'analyse des premières données.

[77] Hoyme HE, May PA, Kalberg WO, *et al.* A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: Clarification of the 1996 Institute of Medicine criteria. Pediatrics 2005; 115; 39-47.
[78] Toutain S. Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France. BEH 2009; 10-11: 99-102.
[79] Bloch J, Cans C, De Vilgan C, et *al.* Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale, France, 2006-2008. BEH 2009; 10-11: 102-4.

OS 2-4-1 : réduire l'incidence des ivresses aigues

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	
Oscour*	InVS	2008	A déterminer	Statistique annuelle
Interpellations pour ivresse aiguë	Ministère de l'intérieur		A déterminer	
Fichier national des accidents de la circulation (BAAC)	Onisr		Nombre de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec alcoolémie supérieure à ?	

*Oscour : Réseau d'organisation de la surveillance coordonnée des urgences, ayant principalement un objectif d'alerte. Indicateur à déterminer.

Ces indicateurs donnent une visibilité aux comportements d'alcoolisation aiguë, sans retard par rapport aux évolutions des consommations. La variabilité des recours et des pratiques face à une ivresse aiguë nécessite de croiser les données issues de plusieurs sources. D'autres sources (AP-HP, SOS médecins) peuvent être également exploitées.

OS 2-4-2 : réduire l'incidence des hépatites et pancréatites alcooliques

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	
PMSI	InVS	2008		Statistique annuelle

Taux d'hospitalisation pour hépatite alcoolique, pour pancréatite alcoolique.

OS 2-4-3 : réduire l'incidence des cirrhoses alcooliques du foie

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	
PMSI	InVS	2008		Statistique annuelle
ALD	Assurance maladie (CnamTS, RSI, CCMSA)	2008	156 484	Statistique annuelle

Taux d'hospitalisation pour cirrhose alcoolique du foie.

Nombre de patients inscrits en ALD n°6 (maladies chroniques actives du foie et cirrhoses).

Objectif général 3 - Réduire les consommations de substances psychoactives illicites et améliorer l'accès aux soins des usagers de ces substances

Cet objectif comporte d'une part, la réduction de consommation de substances psychoactives illicites chez les usagers et, d'autre part, l'amélioration de la prise en charge de ces derniers. Cela suppose une intensification des actions de prévention (stratégies éducatives, psychosociales et de communication) et une meilleure identification des usagers de drogues par les professionnels de la santé et du secteur social (repérage précoce et communication sur les possibilités de prise en charge).

Objectifs spécifiques

OS 3-1 : réduire de 10 %, au moins, en 5 ans, la prévalence de l'usage régulier de substances psychoactives

Différents types d'usages sont connus (expérimentation, usage occasionnel, régulier, quotidien). Entre 2000 et 2005, l'expérimentation du cannabis au sein de la population générale a connu une hausse assez forte, passant de 25 % à 31 % parmi les 15-64 ans. Parmi les autres produits illicites, essentiellement l'ecstasy et la cocaïne ont également connu une augmentation de leur expérimentation parmi les 15-64 ans depuis 2000 (respectivement de 1 % à 2 % et de 1,6 % à 2,6 %). Les niveaux d'expérimentation de LSD, amphétamines et héroïne sont restés stables. Les mêmes tendances sont observées parmi les 15-44 ans[80].

Parmi les usagers de drogues, s'il existe un fort niveau d'incertitude sur le nombre exact des usagers de drogues, l'évolution des consommations peut être suivie à travers la synthèse annuelle réalisée par l'OFDT, sur la base d'un réseau multisource coordonné dans sept sites (données d'enquêtes récurrentes PRELUD dans les structures de première ligne accueillant les usagers de drogues les plus précaires – CAARUD, données annuelles du dispositif RECAP – dans les structures de prise en charge, du Baromètre santé et de l'enquête ESCAPAD, des statistiques policières). L'enquête Coquelicot réalisée par l'InVS avec le soutien de l'ANRS est une enquête représentative de la population des usagers de drogues pris en charge dans l'ensemble du dispositif de prise en charge et de réduction des risques (bas seuil/haut seuil/médecins généralistes). Cette enquête mise en place en 2004 sera renouvelée en 2010, puis tous les cinq ans.

[80] Baromètre santé 2005.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	
PRELUD/TREND*[a] : (structures de première ligne)	OFDT		Usage au moins une fois au cours du mois précédent	Enquête bi-annuelle
		2006	Cannabis : 74 %	
			Cocaïne : 40 %	
			Ecstasy : 20 %	
			Opiacés : -héroïne : 34 % -buprénorphine : 44 %	
Coquelicot**	InVS	2004	Cannabis : 63 % Cocaïne : 27 %	
			Ectasy : 12 %	
			Opiacés : Héroïne : 20 % Buprénorphine : 46 %	
			Crack : 30 %	

* Enquête auprès des usagers de structures de première ligne de cinq villes françaises.
** Enquête multicentrique réalisée sur un échantillon aléatoire d'usagers de drogues recrutés dans l'ensemble du dispositif de prise en charge et de réduction des risques et chez les médecins généralistes.
a : proportion d'usagers fréquentant les structures de première ligne de soutien aux toxicomanes / CAARUD (population majoritairement poly usagère et souvent précaire) déclarant avoir consommé au moins une fois au cours du mois précédent
b : proportion d'usagers de drogues âgés de moins de 25 ans enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie et chez des médecins généralistes, déclarant avoir consommé au moins une fois au cours du mois précédent

OS 3-2 : améliorer la prise en charge des usagers de substances illicites

OS 3-2-1 : augmenter d'au moins 10 %, en 5 ans, le nombre d'usagers prenant un traitement de substitution aux opiacés

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	
Gers – Siamois*	InVS	2007	Buprénorphine Haut Dosage : 83 174	Statistique annuelle
			Méthadone : 28 665	Statistique annuelle

* Estimation du nombre d'usagers sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) à partir des données de ventes (bases de données GERS pour les ventes en pharmacie et données de méthadone hospitalière).

L'accès maintenant large aux traitements de substitution par rapport au nombre connu d'usagers d'héroïne ou de morphine, pourrait conduire à une saturation possible du potentiel de recrutement. Il sera cependant nécessaire de conduire une analyse des transferts de modes de consommations attendus (passage de l'un à l'autre traitement de substitution aux opiacés, conséquences en termes

de santé publique), et d'une observation des flux d'opiacés sur le territoire générant l'émergence de nouveaux usagers.

OS 3-2-2 : **augmenter le nombre de sevrages (simples et complexes) dans les établissements de santé**

Le sevrage simple est réalisable dans tout service d'addictologie. D'une durée d'une semaine environ, il met en œuvre un suivi médical "standard". Les séjours hospitaliers pour sevrage simple peuvent être identifiés dans les données du PMSI par les groupes homogènes "éthylisme avec dépendance" et « toxicomanies non éthyliques avec dépendance ».
Le sevrage complexe est réalisé dans des unités dédiées. Il fait appel à une organisation plus complexe des soins et notamment à des ateliers thérapeutiques. Un groupe homogène de séjour spécifique a été proposé dans le cadre du plan addictions 2007-2011.

Le pourcentage d'augmentation sera défini à partir de l'analyse des premières données disponibles.

OS 3-3 : **mieux prendre en compte le risque infectieux chez les usagers de substances psychoactives illicites**

OS 3-3-1 : augmenter la proportion d'usagers de substances psychoactives illicites ayant eu un dépistage récent pour les virus VIH et VHC

La part des usagers des structures de première ligne n'ayant jamais pratiqué de dépistage pour le VIH ou le VHC a diminué entre 2003 et 2006 (respectivement de 15 % à 9,5 % pour le VIH et de 21 % à 16 % pour le VHC). Cette évolution est surtout perceptible chez les moins de 25 ans qui étaient en 2003 respectivement 26 % et 39 % à ne jamais avoir pratiqué de dépistage pour le VIH ou le VHC (contre 15 % et 23 %) en 2006[81]. Il est à noter qu'en 2006, la proportion d'usagers se déclarant séronégatifs et ayant un prélèvement salivaire positif était de 5 % pour l'infection par le VIH, et de 8,5 % pour l'infection par le VHC, ce qui souligne l'importance d'insister sur la fréquence de réalisation des tests parmi ces usagers.
Les données de l'enquête Coquelicot mettent en évidence une bonne connaissance du statut sérologique VIH chez ces usagers. En revanche, 28 % des usagers se croient séronégatifs à tort lorsqu'on compare les données déclaratives et les données issues du prélèvement de sang au doigt sur buvard[82].

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence				Dates de suivi	
		Année		Valeur de référence		Année	Année
				Au cours de la vie	Il y a moins de 6 mois		
Bio Prelud**	OFDT	2006	VIH	90,5 %	37 %	2009	
			VHC	84 %	36 %		

*** Prélèvements salivaires auprès des usagers de structures de première ligne de cinq villes françaises.*
Pratique des tests de dépistage de l'infection à VIH et de l'infection à VHC par les usagers fréquentant les structures de première ligne

[81] OFDT, Rapport TREND 2006.
[82] Jauffret-Roustide M., Le Strat Y., Couturier E., et al. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design, BMC Infectious Diseases, 2009: 9, 113-124.

OS 3-3-2 : réduire d'au moins 20 %, en 5 ans, la prévalence des infections par le VHC parmi les usagers de substances psychoactives illicites âgés de moins de 25 ans

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Coquelicot*	InVS	2004	60 % usagers de <25ans :10,2 %	2009-2010	
Bio Prelud**	OFDT	2006	32 % usagers de <25ans :13 %	2009	

* Enquête multicentrique réalisée sur un échantillon aléatoire d'usagers de drogues recrutés dans l'ensemble du dispositif de prise en charge et de réduction des risques et chez les médecins généralistes. Prélèvement d'échantillons sanguins.
** Prélèvements salivaires auprès des usagers de structures de première ligne de cinq villes françaises.
Prévalence de la détection d'anticorps marqueurs de l'infection à VHC dans les prélèvements sanguins ou salivaires.

En conclusion

Dans la loi de santé publique d'août 2004, les usages nocifs de substances addictives et leurs conséquences sanitaires sont positionnés selon un axe « alcool-tabac-drogues illicites » très clair, qui reste globalement pertinent.

Les objectifs proposés par le HCSP pour la future loi, sur le thème des addictions, visent à réduire les consommations des différents produits et à réduire la morbidité associée à la consommation d'alcool et de substances psychoactives. Sont particulièrement ciblées les populations les plus sensibles ou les plus exposées à ces risques.

Le tableau 2 récapitule ces propositions.

Tableau 2 - Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème des addictions

Objectif général 1 - Poursuivre la réduction du tabagisme en population générale, en ciblant tout particulièrement les adolescents, les femmes enceintes et les milieux défavorisés
OS 1-1 : réduire, en 5 ans, en population adulte (18-75 ans), d'au moins 25% la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes et les femmes
OS 1-2 : chez les adolescents
OS 1-2-1 : réduire, en 5 ans, de 20% au moins, la prévalence du tabagisme (occasionnel ou régulier) chez les 15-18 ans
OS 1-2-2 : retarder l'âge à l'initiation tabagique en réduisant de 20% au moins, en 5 ans, la prévalence de l'expérimentation tabagique avant l'âge de 15 ans
OS 1-3 : réduire chez les femmes enceintes, de 50%, en 5 ans, la prévalence du tabagisme (occasionnel ou quotidien)
OS 1-4 : dans les populations défavorisées
OS 1-4-1 : réduire de 20%, au moins, la prévalence du tabagisme quotidien chez les chômeurs

OS 1-4-2 : réduire de 20%, au moins, la prévalence du tabagisme quotidien chez les personnes dont le niveau de revenus est compris dans les deux déciles inférieurs de la distribution des revenus par unité de consommation du ménage

Objectif général 2 - Réduire les conséquences sanitaires de la consommation d'alcool en population générale, en particulier chez les adolescents et les femmes enceintes

OS 2-1 : réduire au moins de 10%, en 5 ans, la consommation d'alcool pur par habitant âgé de plus de 15 ans

OS 2-2 : réduire chez les adolescents, de 20 % au moins, en 5 ans, la prévalence des ivresses répétées

OS 2-3 : chez les femmes enceintes

OS 2-3-1 : réduire, en 5 ans, de 50 % au moins, la consommation d'alcool

OS 2-3-2 : étudier la faisabilité d'un système de surveillance multisource du syndrome d'alcoolisation fœtale

OS 2-4 : réduire l'incidence de trois pathologies liées à la consommation d'alcool

OS 2-4-1 : réduire l'incidence des ivresses aiguës

OS 2-4-2 : réduire l'incidence des hépatites et pancréatites alcooliques

OS 2-4-3 : réduire l'incidence des cirrhoses alcooliques du foie

Objectif général 3 - Réduire les consommations de substances psychoactives illicites et améliorer l'accès aux soins des usagers de ces substances

OS 3-1 : réduire de 10 % au moins, en 5 ans, la prévalence de l'usage régulier de substances psychoactives

OS 3-2 : améliorer la prise en charge des usagers de substances illicites

OS 3-2-1 : augmenter d'au moins 10 %, en 5 ans, le nombre d'usagers prenant un traitement de substitution aux opiacés

OS 3-2-2 : augmenter le nombre de sevrages (simples et complexes) dans les établissements de santé

OS 3-3 : mieux prendre en compte le risque infectieux chez les usagers de substances psychoactives illicites

OS 3-3-1 : augmenter la proportion d'usagers de substances psychoactives illicites ayant eu un dépistage récent pour les virus VIH et VHC

OS 3-3-2 : réduire d'au moins 20 %, en 5 ans, la prévalence des infections par le VHC parmi les usagers de substances psychoactives illicites âgés de moins de 25 ans

La mutation des populations concernées et des habitudes sociales, l'évolution des connaissances dans les mécanismes neurobiologiques, et le rapprochement des méthodes thérapeutiques entre les différents champs, ont amené les pouvoirs publics et les professionnels de la santé et du secteur social à s'entendre sur les similitudes entre les différentes addictions, permettant d'unifier un concept, de définir des modalités de prévention et d'intervention.

A ce titre, le HCSP tient à attirer l'attention des pouvoirs publics sur des actions nécessaires à soutenir ou mettre en place :

Proposition 1 - Assurer et évaluer le contrôle de l'application des mesures légales et réglementaires concernant la consommation d'alcool et de tabac.

P1-1 : évaluer le respect des interdictions de fumer sur les lieux d'études, de travail, et dans les lieux publics couverts.

Cette recommandation correspond au suivi de l'ancien objectif 4 (Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires, les lieux de loisirs et l'environnement professionnel), qui a été atteint. Au-delà de la protection des non-fumeurs, il s'agit de modifier durablement la pratique tabagique, en particulier pour les nouvelles générations. Actuellement, le Baromètre mensuel tabagisme passif de l'Inpes permet un tel suivi.

P1-2 : maintenir ou renforcer l'interdiction de toute publicité pour l'alcool et le tabac

Suite à l'amendement autorisant la publicité pour l'alcool sur internet, voté par l'Assemblée nationale, le Haut Conseil de la santé publique s'est alarmé sur les conséquences de cette mesure sur la santé des jeunes. En effet, c'est parmi la population des moins de 25 ans, grands utilisateurs d'internet, que l'on assiste à une augmentation du « binge drinking » (consommation excessive occasionnelle de boissons alcoolisées) dont les conséquences sont lourdes en termes d'accidents et de pathologies.

P1-3 : maintenir et faire respecter les limitations de l'accès aux alcools pour les mineurs

Alors qu'auparavant l'âge limite pour la vente ou la distribution gratuite de boissons alcoolisées, que ce soit dans les débits de boissons, les commerces ou les lieux publics, était fixé à 16 ans, il est dorénavant interdit de vendre ou d'offrir de l'alcool aux moins de 18 ans, sous peine d'une amende de 7 500 euros. Cette interdiction doit être accompagnée d'une évaluation de sa mise en pratique et de son efficacité.

***Proposition* 2 -Donner une dimension de santé publique aux prélèvements fiscaux sur les ventes de tabac et d'alcool.**

R2-1 : réaffecter à des actions de prévention une part fixe des recettes fiscales issues des ventes de tabac et d'alcool.

Les taxes sur les produits du tabac rapportent à l'Etat une dizaine de milliards d'euros chaque année, celles sur les alcools environ trois milliards, et les hausses de taxe de ces dernières années étaient justifiées par des arguments sanitaires (la lutte contre le tabagisme). Or une récente enquête qualitative souligne que la lutte antitabac est parfois mal perçue justement parce que l'Etat est accusé de tirer des bénéfices financiers substantiels : pour les fumeurs, une telle allocation d'une partie des taxes qu'ils paient à des actions de prévention constituerait un signal fort.

Il serait ainsi appréciable qu'un engagement des pouvoirs publics permette d'allouer une proportion des rentrées fiscales, ou une proportion de l'augmentation de ces rentrées consécutive à la prochaine hausse de prix, à des actions plus ou moins spécifiques (lutte anti-addictions ou mesures plus générales de promotion de la santé, pour toute la population ou ciblant plutôt les plus concernés).

Proposition 3 - Surveiller l'émergence de nouveaux comportements addictifs et leurs conséquences sur la santé publique.

Le HCSP souhaite que la loi de santé publique adopte le concept d'addictions, intégrant les problèmes de santé et d'intégration sociale liés aux « addictions sans drogue », en particulier le jeu d'argent pathologique et l'usage pathologique des systèmes informatiques, de télévision et de téléphonie (Internet,…).

A cet effet, il est recommandé de développer des actions de recherche et de surveillance pour :

P3-1 : identifier de « nouvelles addictions », c'est-à-dire de nouveaux comportements, ou des modifications de comportements, ou l'apparition de nouvelles substances psychoactives, susceptibles d'avoir des conséquences nocives sur les plans médical, psychologique, familial ou social, et/ou d'entraîner une dépendance.

P3-2 : reconnaître les dommages actuels ou potentiels liés à ces consommations ou à ces comportements.

P3-3 : déterminer le nombre et les modalités d'intervention des différents acteurs (professionnels de la santé, du social, ministère de l'intérieur….) face à ces évolutions.

P3-4 : mettre en évidence des techniques de prévention et de soin adéquates.

Nutrition

Les données de la recherche ont mis en évidence, au cours des dernières décennies, le rôle de la nutrition (alimentation, statut nutritionnel) et de l'activité physique comme déterminants majeurs de la santé, notamment en termes de morbidité et de mortalité. Au travers de facteurs protecteurs et délétères, la nutrition, la pratique d'une activité physique suffisante et la lutte contre la sédentarité peuvent donc moduler le risque de certaines maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, certains cancers, le diabète de type 2 ou encore l'ostéoporose. Depuis plusieurs années, un consensus national et international s'est fait jour pour reconnaître l'intérêt, pour la réduction de nombreuses maladies chroniques, d'une alimentation et d'une activité physique suivant un certain nombre de recommandations de base.

Ce sont ces données scientifiques consensuelles qui ont servi de base à l'élaboration des recommandations françaises, ainsi qu'à la définition des objectifs quantifiés du Programme national nutrition santé (PNNS), lancé en 2001, et des objectifs de la loi de santé publique d'août 2004, en cohérence avec le PNNS. Depuis la mise en place de la politique nutritionnelle française, diverses actions et mesures de santé publique ont été élaborées pour tendre vers ces objectifs. Une évaluation de la situation et de l'atteinte spécifique des objectifs a eu lieu en 2006-2007 au travers de l'Etude nationale nutrition santé, ENNS (complétée par l'étude Individuelle nationale des consommations alimentaires -Inca2- le Baromètre Santé Nutrition et diverses études régionales). Il apparaît clairement que ces études ont permis de mettre en évidence que certains objectifs fixés ont été atteints totalement, d'autres partiellement, d'autres pas du tout. Les études d'évaluation nutritionnelle disponibles, l'évolution des connaissances, l'émergence de problèmes spécifiques pour certaines populations, ont donc conduit à faire évoluer les objectifs.

Objectif général 1 - Réduire l'obésité et le surpoids dans la population

Sous-objectif général 1-1 : stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes

Le surpoids, lorsqu'il n'évolue pas vers l'obésité, est responsable, par rapport à l'obésité, d'un moindre excès de mortalité[83], notamment chez les adultes au-delà de 45-50 ans. L'objectif inscrit au PNNS et dans la loi de santé publique de 2004, qui portait sur les deux aspects, n'a pas été atteint, quelle que soit la valeur de référence prise au départ, avec une tendance à l'augmentation de l'obésité et à la stagnation du surpoids. En outre, la prévalence diffère selon le niveau socio-économique : prévalences plus élevées dans les catégories socioprofessionnelles modestes et de plus faibles revenus, en particulier chez les femmes.

Il est donc préconisé :

- de s'opposer à la croissance de l'obésité, en obtenant au minimum une stabilisation de la prévalence de l'obésité en population générale ;
- de mettre un focus sur le groupe à risque des femmes en situation de pauvreté ;
- de prendre en compte l'obésité morbide (indice de masse corporelle au-delà de 35) qui concerne 4,5 % des sujets dans ENNS 2006-2007.

[83] Calle EE *et al.*. NEJM 1999; 341 : 1097-105.
Janssen *et al*. OBES REV 2007 ; 8 : 41-59

Objectifs spécifiques

OS 1-1-1 : stabiliser, en 5 ans, la prévalence de l'obésité chez les adultes

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
ENNS*	InVS	2006-2007	Obésité(1): 16,9 %	2012	
Inca**	Afssa	2006-2007	Obésité(1) : 11,6 %	2012	

**Adultes de 18-74 ans **18-79 ans*

(1)% de sujets ayant un Indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m² en population générale d'après des données anthropométriques (poids, taille) mesurées.

OS 1-1-2 : réduire, de 10 % au moins, en 5 ans, la prévalence du surpoids chez les adultes

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
ENNS*	InVS	2006-2007	Surpoids(1): 32,4 %	2012	
Inca**	Afssa	2006-2007	Surpoids(1): H 38,9 % F 24,2 %	2012	

**Adultes de 18-74 ans **18-79 ans*

(1)% de sujets ayant un Indice de Masse Corporelle compris entre 25 et 30 kg/m² en population générale d'après des données anthropométriques (poids, taille) mesurées.

Il est à noter que les données d'Inca2 sont d'un ordre de grandeur proche de celui des enquêtes utilisant des données anthropométriques déclarées (qui en général sous-estiment les données mesurées).

OS 1-1-3: stabiliser, en 5 ans, chez les femmes en situation de pauvreté, la prévalence de l'obésité

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Abena*	InVS	2004-2005	Obésité(2): 30 %	2011-2012	

* Référence spécifique pour la pauvreté dans cet objectif : populations recourant à l'aide alimentaire (ou équivalentes).

(2) % de sujets ayant un Indice de masse corporelle ≥ 30 kg/m² chez les femmes en situation de pauvreté d'après des données anthropométriques (poids, taille) mesurées.

OS 1-1-4 : diminuer de 15 % au moins, en 5 ans, la prévalence de l'obésité morbide

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
ENNS	InVS	2006-2007	Obésité morbide (3) : 4,5 %	2012	

(3) : % de sujets ayant un Indice de masse corporelle (IMC) > 35 kg/m² d'après des données anthropométriques (poids, taille) mesurées en population générale.

Sur ce sujet, il serait intéressant de compléter les données disponibles en population générale par des données médico-administratives hospitalières (PMSI), ce qui nécessite de faire évoluer la codification du PMSI.

Sous-objectif général 1-2 : diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents

La stabilisation des prévalences de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents a vraisemblablement été atteinte selon les résultats de diverses enquêtes nationales répétées reposant sur des données mesurées (cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire, Inca/Inca-2, étude USEN/DESCO CE1/CE2).
D'après les données les plus récentes, on estime que, globalement, 18% des enfants scolarisés présentent un surpoids, dont 3,5% une obésité dans les différentes classes d'âge (d'après les références de l'IOTF[84]).
Il est cependant à noter que la stabilisation s'est réalisée de façon inégale selon les niveaux socio-économiques, la prévalence chez les enfants de milieux défavorisés (notamment ceux scolarisés en Zep/Rep[85]) continuant d'augmenter (enquêtes régionales et nationales). Si la surcharge pondérale des élèves scolarisés en classe de CM2 reste globalement stable entre 2002 et 2005, les inégalités se sont creusées. En 2005, on dénombre, ainsi, dix fois plus d'obèses parmi les enfants d'ouvriers (6 %) que parmi ceux de cadres (0,6 %), contre quatre fois plus en 2002.
Dans les Dom, la prévalence est particulièrement élevée (excès pondéral 13,2 % dont 4,2 % d'obésité).

Il est donc proposé :
- un objectif de diminution de la prévalence globale du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents de 3-17 ans ;
- compte tenu des inégalités déjà documentées, de souligner la situation particulière des enfants issus de milieux défavorisés.

Objectifs spécifiques

OS 1-2-1 : diminuer en 5 ans, de 15 % en moyenne, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, la prévalence globale de surpoids et d'obésité

[84] International Obesity Task Force.
[85] Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire.

OS 1-2-2 : diminuer, en 5 ans, de 15 % au moins, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans issus de milieux défavorisés la prévalence de surpoids et d'obésité

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
ENNS	InVS	2006-2007	**Pop générale :** Surpoids[a]: 18 % dont obésité[b] : 3,5 %	2012
INCA	Afssa	2006-2007	**Pop générale :** Surpoids : 14 % dont obésité[b] : 2,8 %	2012
			Faible niveau éducation° : Surpoids[a]: 25 % dont obésité[b] :	
Enquêtes triennales en milieu scolaire	Drees	Gde section 2005-2006	**Pop générale :** Surpoids[a]: 12,1 % dont obésité[b] : 3,1 %	2013
		CM2 2004-05	**Pop générale :** Surpoids[a]: 19,7 % dont obésité[b] : 3,7 %	2006-2007 2015
			Milieu défavorisé # Surpoids[a]: 25,7 % dont obésité[b] : 6,8 %	
		3e 2003-04	**Pop générale :** Surpoids[a]: 16,8 % dont obésité[b] : 4,4 %	2009 2017

° Référence spécifique : niveau d'éducation primaire du représentant de l'enfant

 # Référence spécifique : enfants issus d'écoles situées en Zep-Rep.

a : Surpoids : % de sujets ayant un Indice de masse corporelle (IMC) supérieur à celui donné, pour leur âge et leur sexe, par les courbes de centiles atteignant 25 à 18 ans, des références de *l'International Obesity Task Force* (IOTF), d'après des données anthropométriques mesurées

b : Obésité : % d'enfants ayant un Indice de masse corporelle (IMC) supérieur à celui donné, pour leur âge et leur sexe, par les courbes de centiles atteignant 30 à 18 ans, des références de *l'International Obesity Task Force* (IOTF) , d'après des données anthropométriques mesurées.

Il est à noter, comme c'était déjà le cas pour les adultes, que les valeurs des enquêtes Inca et Inca2 sont d'un ordre de grandeur proche de celui des enquêtes utilisant des données anthropométriques déclarées.

Objectif général 2 - Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges

L'objectif de la loi d'août 2004 (et du PNNS) pourrait être considéré comme atteint (bien que les données de base ne soient pas comparables). S'agissant du niveau d'activité physique, caractérisé par l'*International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) en « bas », « moyen » ou « élevé », il reste nécessaire de chercher à diminuer la part des personnes ayant encore un niveau « bas », car il existe un risque morbide associé bien documenté, et d'augmenter la part des sujets ayant une activité physique « haute ». Il n'existait pas dans l'objectif précédent de références à la sédentarité ni à l'activité physique pour les enfants, ce qui apparaît nécessaire, compte tenu de la nature de leurs activités.

Il est proposé de :

- distinguer les différents niveaux d'activité chez les adultes ;

- prendre en compte dans deux objectifs spécifiques la sédentarité et l'activité physique chez les enfants.

Sous objectif général 2-1 : augmenter l'activité physique chez les adultes

Objectif spécifique

OS 2-1-1 : augmenter, chez les adultes, en 5 ans, la proportion de personnes situées dans la classe d'activité physique :

- **« élevée », de 20 % au moins, chez les hommes et de 25 % au moins, chez les femmes ;**
- **« moyenne », de 20 % au moins.**

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence				Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence			Année	Année
ENNS*	InVS	2006-2007	Act élevée [x]	H : 30 %	F : 24 %	2012	
			Act moyenne[y]	H : 34 %	F : 39 %		
Inca**	Afssa	2006-2007	Act élevée [x]	H : 48 %	F : 41 %	2012	
Baromètre santé nutrition	Inpes	2008	Act élevée [z]	H : 52 %	F : 34 %		

**18-74 ans **18-79 ans*

x : % d'adultes en population générale ayant une activité physique correspondant à la classe « élevée » de l'IPAQ.

y : % d'adultes en population générale ayant une activité physique correspondant à la classe « modérée » de l'IPAQ.

Sous-objectif général 2-2 : augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents

Objectifs spécifiques

OS 2-2-1 : atteindre, en 5 ans, au moins 50 % d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée trois fois par semaine pendant au moins une heure

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
ENNS	InVS	2006-2007		2012	
Inca	Afssa	2006-2007		2012	
Enquête en milieu scolaire	DREES				
Classe de GSM		2005-2006		2013	
Classe de CM2		2004-2005		2015	
Classe de 3e		2003-2004		2009	

% d'enfants pratiquant pendant au moins une heure, trois fois par semaine, une activité d'intensité élevée (faisant transpirer et respirer plus difficilement que normalement) quel qu'en soit le cadre (école, loisirs etc.).

OS 2-2-2 : diminuer de 10 % au moins, en 5 ans, le temps moyen journalier passé par les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans devant un écran

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
ENNS	InVS	2006-2007	3 h	2012	
Inca	Afssa	2006-2007	2 h 50	2012	
Enquête en milieu scolaire Classe de GSM Classe de CM2 Classe de 3e	Drees	 2005-2006 2007-2008 2008-2009	3 heures ou plus	 2013 2015 2017	

Moyenne journalière du temps passé devant un écran (télévision, ordinateur, jeux vidéos) chez les enfants.

Objectif général 3 - Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment dans les populations à risque

Sous objectif général 3-1 : augmenter la consommation de fruits et légumes

D'après ENNS, l'objectif de réduction de la part des petits consommateurs de fruits et légumes est atteint en 2004 chez les adultes (bien que les valeurs de référence ne portent pas sur le même type de population), mais pas dans les populations défavorisées, ni chez les enfants.

Il est proposé de :

- reconduire l'objectif en utilisant le repère de consommation du PNNS (au moins 5 fruits et légumes par jour soit 400 g/jour) ;
- prendre en compte les inégalités socio-économiques ;
- formuler deux objectifs distincts pour les adultes et les enfants.

L'atteinte de cet objectif suppose d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des fruits et légumes. Cela passe par des mesures économiques (par exemple l'utilisation de « tickets restaurant » pour l'achat de fruits et légumes frais, la création de coupons de fruits et légumes pour les personnes en situation de pauvreté), assorties de mesures d'incitation vis-à-vis des professionnels.

Objectifs spécifiques

OS 3-1-1 : augmenter, en 5 ans, chez les adultes en population générale, la consommation de fruits et légumes, de sorte que :

- *70 % au moins d'adultes consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour ;*
- *50 % au moins d'adultes consomment au moins 5 fruits et légumes par jour.*

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
ENNS	InVS	2006-2007	≥ 3,5 : 65 % ≥ 5 : 42 %	2012	
Inca	Afssa	2006-2007	≥ 3,5 : 66 % ≥ 5 : 41 %	2012	

% d'adultes consommant l'équivalent d'au moins 3,5 fruits et légumes par jour c'est-à-dire au moins 280 g par jour, quelles que soient leur forme et leur mode de préparation d'après les enquêtes de consommations individuelles quantitatives.

% d'adultes consommant l'équivalent d'au moins 5 fruits et légumes par jour (c'est-à-dire au moins 400 g par jour), quelles que soient leur forme et leur mode de préparation d'après les enquêtes de consommations individuelles quantitatives, y compris les jus de fruits.

OS 3-1-2 : augmenter en 5 ans, chez les adultes en situation de pauvreté, la consommation de fruits et légumes, de façon à :

- *doubler la proportion d'adultes déclarant consommer des fruits et légumes au moins 3 fois par jour ;*
- *multiplier par 5 la proportion d'adultes déclarant consommer des fruits et légumes au moins 5 fois par jour.*

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Abena	InVS	2004-2005	≥ 3 fois: 5,5 % ≥ 5 fois : 1,2 %	2011-2012	

° Adultes ayant recours à l'aide alimentaire

Nombre de fois par jour où des fruits et légumes ont été consommés.

OS 3-1-3 : augmenter, en 5 ans, chez les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans la consommation de fruits et légumes, de sorte que :

- 50 % au moins consomment au moins 3,5 fruits et légumes par
- 25 % au moins consomment au moins 5 fruits et légumes par jour

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Niveaux à mesurer	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
ENNS	InVS	2006-2007	≥ 3,5 : 40 % ≥ 5 : 20 %	2012	
INCA	Afssa	2006-2007	≥ 3,5 : 39 % ≥ 5 : 17 %	2012	

% d'enfants consommant l'équivalent d'au moins 3,5 fruits et légumes par jour c'est-à-dire au moins 280 g par jour, quelles que soient leur forme et leur mode de préparation d'après les enquêtes de consommation individuelles quantitatives.

% d'enfants consommant l'équivalent d'au moins 5 fruits et légumes par jour (c'est-à-dire au moins 400 g par jour), quelles que soient leur forme et leur mode de préparation d'après les enquêtes de consommations individuelles quantitatives.

Sous objectif général 3-2 : réduire la consommation de sel

L'objectif est presque atteint globalement mais il importe de faire la distinction entre les hommes - dont la consommation est beaucoup plus élevée - et les femmes, et de tendre progressivement vers les recommandations internationales (5 à 6g/j)[86].

Objectif spécifique

OS 3-2-1 : diminuer la consommation moyenne de sel dans la population pour atteindre, en 5 ans :

- 8 g/jour chez les hommes adultes ;
- 6,5 g/jour chez les femmes adultes et les enfants.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
ENNS	InVS	2006-2007	H : 10,7g/j % ≥12g/jour : 24 %	F : 8,7g/J % ≥12g/jour : 5 %	2012
INCA	Afssa	2006-2007	H : 9,7g/j* %≥12g/jour* : 11 %	F : 7,7g/j* % ≥12g/jour* : 2 %	

** : hors sel ajouté à domicile.*

Moyenne de consommation de sel (natif et ajouté à domicile) chez les hommes adultes, les femmes adultes et les enfants estimée par enquête alimentaire individuelle quantitative.
Indicateur complémentaire : % d'adultes consommant plus de 12 g/jour.

Sous-objectif général 3-3 : améliorer la répartition des macronutriments dans les apports énergétiques sans alcool (AESA)

Les études ENNS et Inca 2 mettent en évidence la part trop élevée des apports en lipides et en glucides simples dans les apports énergétiques totaux alors que la part des apports en glucides complexes et en fibres est insuffisante.
Il est donc proposé d'améliorer les proportions respectives de ces apports énergétiques sans alcool.

Il faut tendre à limiter la promotion et la consommation des aliments à forte densité énergétique, à faible densité nutritionnelle, et riches en glucides simples ajoutés et/ou graisses saturées et/ou sel. A cet égard, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes participe à ces améliorations dans la répartition des apports. Il paraît également important de faciliter la consommation d'eau en généralisant l'installation des fontaines d'eau. De même, il pourrait aussi être intéressant de promouvoir et de favoriser l'accessibilité des pains composés d'une farine moins raffinée et plus riche en glucides complexe et en fibres, notamment en restauration collective.

[86] L'OMS dans les rapports de 1983 et 2003 recommandait une consommation < 5 g/jour. Les Etats-Unis et le Canada utilisent le seuil de 6 g/jour.

Objectifs spécifiques

La quantification de ces objectifs spécifiques devra prendre en compte les données de la littérature et les valeurs des apports nutritionnels conseillés pour les lipides, à paraître en 2010.

OS 3-3-1 : ramener, chez les adultes et les enfants, en 5 ans, la contribution moyenne des lipides totaux au sein des apports énergétiques sans alcool (AESA) à 36,5 %

OS 3-3-2 : ramener, chez les adultes et les enfants, en 5 ans, la part moyenne des acides gras saturés, au sein des apports en lipides totaux :

- *à 36 % chez les adultes ;*
- *à 37 % chez les enfants.*

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence					Dates de suivi
		Année	Valeur de référence				Année
			Adultes		Enfants :		
ENNS	InVS	2006-2007	Lipides tot : 37,3 %	AGS : 38 %		AGS : 39 %	2012
Inca	Afssa	2006-2007	Lipides tot : 39 %	AGS : 44 %	Lipides tot : 38 %	AGS : 47 %	

Moyenne des apports en lipides totaux chez les adultes et les enfants.

Moyenne des apports en acides gras saturés en % des apports en acides gras totaux chez les adultes et les enfants.

OS 3-3-3 : augmenter chez les adultes et les enfants, la part des apports en glucides complexes et en fibres et diminuer la part des apports en glucides simples issus des produits sucrés dans l'apport énergétique total

OS 3-3-3-1 : augmenter, en 5 ans, la proportion de personnes ayant des apports en glucides complexes ≥ 27,5 % de l'AESA :

- de 20 % chez les adultes ;
- de 35 % chez les enfants.

OS 3-3-3-2 : augmenter, en 5 ans, la proportion de personnes ayant des apports en glucides simples issus des produits sucrés < 12,5 % de l'AESA :

- de 7 % chez les adultes ;
- de 20 % chez les enfants.

OS 3-3-3-3 : doubler chez les adultes, la proportion de personnes ayant des apports en fibres > 25 g/jour

OS 3-3-3-4 : réduire de 25 % au moins, en 5 ans, la proportion d'enfants consommant plus d'un demi-verre de boissons sucrées par jour*

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence							Dates de suivi
		Année	Valeur de référence						Année
			Adultes			Enfants			
ENNS	InVS	2006-2007	Glucides complexes ≥ 27,5 % de l'AESA : 30 %	Glucides simples < 12,5 % de l'AESA : 75 %	fibres > 25 g/jour : 10 %	Glucides complexes ≥ 27,5 % de l'AESA : 22 %	Glucides simples < 12,5 % de l'AESA : 45 %	≥ ½ verre boisson sucrée par jour : 33 %	2012
Inca	Afssa	2006-2007	Glucides totaux : 44% des AESA	Glucides simples : 43 % des Glucides totaux		Glucides totaux : 47 % des AESA	Glucides simples : 49 % des Glucides totaux		

** boissons avec ajout de sucre hors jus de fruit ; 1 demi-verre= 100 ml.*

% d'adultes et d'enfants ayant des apports en glucides complexes ≥ 27,5% de l'AESA d'après des enquêtes de consommations individuelles quantitatives.

% d'adultes et d'enfants ayant des apports en glucides simples issus des produits sucrés <12,5% de l'AESA d'après des enquêtes de consommations individuelles quantitatives.

Sous-objectif général 3-4 : augmenter les apports en calcium dans les groupes à risque

L'ENNS a mis en évidence que 20 % des hommes et 35% des femmes ont des apports en calcium inférieurs aux 2/3 des apports nutritionnels conseillés (ANC). Les populations les plus à risque sont les adolescents, les jeunes femmes et les adultes plus âgés.

Il est donc proposé un objectif spécifiquement adressé à ces populations à risque. Les résultats pourront être exprimés relativement au BNM (Besoin nutritionnel moyen), référence utilisée au niveau international.

Objectif spécifique

OS 3-4-1 : diminuer de 10 % au moins la proportion de femmes jeunes, d'adolescents et de personnes âgées ayant des apports en calcium alimentaire inférieurs au BNM (Besoin nutritionnel moyen)

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence				Dates de suivi
		Année	Valeur de référence			Année
			Femmes 18-29 ans	Adolescents 11-17 ans	Personnes âgées :	
ENNS	InVS	2006-2007	<BNM : 44% [38-51]	<BNM : 63 % [59-67]	<BNM : 59 % [53-65]	2012
Inca	Afssa	2006-2007	<BNMa : 36 % [28-44]	<BNM : 68 % [64-72]	<BNM : 50 % [45-55]	2012

% d'individus (adolescents 11-17 ans, jeunes femmes 18-29 ans et personnes âgées de 60 ans et plus) ayant des apports en calcium alimentaire < 2/3 de leurs ANC ou < au BNM d'après des enquêtes de consommations individuelles quantitatives.

[a] La prévalence d'inadéquation se définit comme la proportion de la population dont les apports usuels sont inférieurs au besoin nutritionnel moyen. Pour le calcium, celui-ci est évalué à 0,77 x ANC.

Sous-objectif général 3-5 : lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté

Chez les femmes en âge de procréer, en population générale, l'objectif de la loi de santé publique d'août 2004 est vraisemblablement atteint (3 % d'après ENNS, 2006-2007). En revanche, il existe un risque élevé chez les femmes en situation de pauvreté (ayant recours à l'aide alimentaire) : 30 % d'entre elles présentaient en 2004-2005 une anémie ferriprive (Abena, 2004-2005).

Il est donc proposé de restreindre l'objectif à cette population à risque.

Objectif spécifique

OS 3-5-1 : réduire d'un tiers, en 5 ans, la fréquence de l'anémie ferriprive chez les femmes en situation de pauvreté, en âge de procréer (15-49 ans)

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Abena*	InVS	2004-2005	30 %*	2011-2012	

* % de femmes de 15 à 49 ans ayant recours à l'aide alimentaire, avec une hémoglobine < 12 g/dl et une ferritine sérique < 15 microg/l.

Sous-objectif général 3-6 : améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer

L'évaluation de l'objectif proposé en 2004, sur les anomalies de fermeture du tube neural, n'a pas été possible, sur la base des données des registres de malformations congénitales.
Concernant l'évaluation des aspects relatifs au statut nutritionnel, 7 % des femmes en âge de procréer ont un statut à risque de déficit (dosages plasmatiques ENNS 2006-2007) ; 35 % ont des apports inférieurs au besoin nutritionnel moyen (Inca-2) ; la prescription de suppléments a fortement augmenté depuis la mise sur le marché d'une forme à 0,4 mg (Base Medicam) mais reste probablement trop peu fréquente : la supplémentation aurait concerné tout au plus une grossesse sur quatre en 2006.
Il est par conséquent proposé de concentrer l'objectif sur le statut en folates, les apports et surtout la supplémentation des femmes en âge de procréer ayant un désir de grossesse.

Objectifs spécifiques

OS 3-6-1 : réduire de 30 % au moins, en 5 ans, la proportion des femmes en âge de procréer (15-49 ans) ayant un risque de déficit en folates (taux de folates plasmatiques < 3 ng/ml)

OS 3-6-2 : réduire de 20 % au moins, en 5 ans, la proportion de femmes ayant des apports en folates inférieurs au BNM

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
ENNS	InVS	2006-2007	% < 3ng/L : 7 %	2009	
Inca	Afssa	2006-2007	% < BNM[a] : 35 % [31 %-38 %]	2012	

% de femmes ayant un risque de déficit en folates (folates plasmatiques < 3 ng/ml).
% des femmes ayant des apports alimentaires en folates inférieurs à 2/3 des ANC ou au BNM.
[a] La prévalence d'inadéquation se définit comme la proportion de la population dont les apports sont inférieurs au besoin nutritionnel moyen. Pour les folates, celui-ci est évalué à 0,71 x ANC.

OS 3-6-3 : augmenter de 50 % au moins, en 5 ans, le nombre d'unités de comprimés d'acide folique (0,4 mg) prescrits pour un projet de grossesse

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	
Base Medicam	USEN, InVS	2007	560 000 unités	Statistique annuelle

Nombre d'unités de comprimés d'acide folique (0,4 mg) prescrits et remboursés par l'assurance maladie (base Medicam).

<u>Sous-objectif général 3-7 : promouvoir l'allaitement maternel</u>

L'allaitement maternel est recommandé par l'OMS et l'Unicef et, en France, par la HAS et le PNNS, en raison de ses bénéfices sur la santé de la mère (association inverse avec la fréquence du cancer du sein, facilitation des suites de couches) et sur la santé de l'enfant (effet préventif sur les infections gastro-intestinales et ORL …)[87]. Dans les pays industrialisés, il est recommandé pendant deux ans, si possible, et de façon exclusive pendant les six premiers mois de vie.
D'après l'enquête nationale périnatale 2003, près des deux tiers des enfants ont été allaités dans les premiers jours suivant leur naissance à la maternité. Parmi eux, 60% l'ont été de façon exclusive, c'est-à-dire sans recevoir aucune autre boisson que le lait maternel. D'après différentes enquêtes locales conduites dans les années 1990-2000, la durée médiane de l'allaitement maternel se situe autour de 10 semaines, de façon cohérente avec la durée légale du congé maternité qui est de 12 semaines le plus souvent, mais des données nationales manquent. D'après l'enquête nationale du syndicat français des aliments de l'enfance chez des enfants non allaités, l'âge de début de la diversification a reculé ces dernières années, mais il reste toujours inférieur aux recommandations, qui préconisent de débuter la diversification à partir de 6 mois.

Il est ainsi proposé de nouveaux objectifs visant à augmenter la pratique, la durée et la qualité de l'allaitement maternel.

<u>Objectifs spécifiques</u>

OS 3-7-1 : augmenter de 15 % au moins, en 5 ans, le pourcentage d'enfants allaités à la naissance

OS 3-7-2 : augmenter de 25 % au moins, en 5 ans, la part des enfants allaités à la naissance bénéficiant d'un allaitement exclusif

[87] Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Synthèse PNNS. Ministère chargé de la santé, Société française de pédiatrie. Février 2005.

OS 3-7-3 : allonger de 2 semaines, en 5 ans, la durée médiane de l'allaitement maternel

OS 3-7-4 : retarder d'un mois, en 5 ans, l'âge médian d'introduction de tout autre aliment que le lait (maternel ou formule lactée du commerce)

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Enquête périnatale	Inserm - Drees	2003	Enfants allaités[a] : 63 % Allaitement exclusif[b] : 57 %	2010	
Epidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des jeunes enfants (EPIFANE)	InVS	2011-2012	Enfants allaités[c] : Allaitement exclusif[d] : Durée médiane de l'allaitement[e] : Age médian d'introduction d'autre aliment[f] :		
Certificats de santé du 8e jour	Drees	2007	Enfants allaités : 66 %	Statistique annuelle	

a : % d'enfants ayant été allaités au sein au cours de leur séjour à la maternité d'après les enquêtes nationales périnatales.

b : % d'enfants ayant été allaités de façon exclusive (aucun autre apport que le lait maternel) au cours de leur séjour à la maternité, d'après les enquêtes nationales périnatales.

c : % enfants ayant été allaités au sein.

d : % enfants ayant été allaités au sein sans recevoir aucun autre aliment ni boisson que du lait maternel.

e : médiane de durée d'allaitement au sein observée dans l'échantillon, entre la naissance de l'enfant et l'arrêt complet de l'allaitement (il y a allaitement même si la fréquence quotidienne des tétées est relativement faible).

f : médiane d'âge auquel d'autres aliments que du lait (maternel ou formules lactées du commerce) ont été introduits de façon régulière (i.e. de façon répétée sur plusieurs jours).

Objectif général 4 - Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles

Trois groupes de population sont plus particulièrement exposés à la survenue de désordres nutritionnels pathologiques. A l'adolescence et à un âge avancé, peuvent se manifester des pathologies, d'origine psychique ou multifactorielle, engendrant une dégradation rapide et parfois importante de l'état nutritionnel. Enfin, lors d'une hospitalisation, les patients ayant un état général altéré sont plus fortement susceptibles de subir les conséquences de difficultés d'alimentation liées à leur pathologie.

Les troubles du comportement alimentaire sont un problème de santé publique insuffisamment reconnu. Leur mortalité et leur morbidité sont importantes, mais non documentées en France. Elles engendrent de nombreuses complications liées à la dénutrition ou aux vomissements et sont associées à une plus grande fréquence des pensées suicidaires. L'anorexie mentale est, parmi les pathologies psychiatriques, celle ayant la plus forte mortalité, principalement par suicide ou des suites des complications somatiques.
D'après les données issues de l'entretien de santé des enfants de 12-13 ans réalisé en médecine générale (InVS, 2006-2007), la prévalence de la boulimie a été estimée à 3,8 % et celle de l'anorexie à 1,8 %, de façon comparable chez les garçons et les filles. Ces données sont probablement surestimées faute de confirmation du diagnostic, mais cette classe d'âge n'est toutefois pas considérée comme celle étant le plus à risque.

Concernant les personnes âgées, la dénutrition toucherait, selon la HAS, de 2 à 4 % des personnes de plus de 60 ans vivant à domicile (10 % des plus de 80 ans) et de 30 à 60 % des sujets âgés pris en charge dans les établissements hospitaliers de court séjour et plus particulièrement en soins de suite et réadaptation.
Il est donc proposé d'introduire un nouvel objectif, visant à mieux connaître et réduire la fréquence de ces pathologies.

Objectifs spécifiques

OS 4-1 : réduire la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les adolescents

Une première étude épidémiologique nationale est en cours (Escapad). Il conviendra de fixer un objectif de réduction à partir des premières analyses de cette étude, et de prévoir un recueil de données permettant de suivre son évolution, dans le cadre d'enquêtes menées auprès des adolescents et en milieu scolaire.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Escapad*	ODFT	2008		2011	2015
Enquêtes triennales en milieu scolaire	Drees	2009 (3èmes)		2017	

* Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense.

OS 4-2 : réduire, en population générale, en 5 ans, le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution :

- de 15 % au moins pour les plus de 60 ans ;
- de 30 % au moins pour les plus de 80 ans

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
ENNS		2012	A déterminer[a]	
Alimentation, état nutritionnel et santé mentale des personnes âgées vivant en institutions (ANAIS)*	InVS	2011-2012	A déterminer[b]	

* Etude menée auprès d'un échantillon représentatif de 1.800 personnes âgées de plus de 75 ans, résidant dans les établissements d'hébergement de six départements français.

a : % de personnes âgées de plus de 60 ans et de plus de 80 ans résidant à domicile, ayant un IMC < 22 d'après des données anthropométriques mesurées.
b : % de personnes âgées de plus de 60 ans et de plus de 80 ans résidant dans un établissement d'hébergement, ayant un taux d'albumine sérique inférieur à 35 g/l.

OS 4-3 : réduire de 20 % au moins, en 5 ans, le pourcentage de malades hospitalisés dénutris

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
	Source : gériatres	2009	45 %		

% de personnes hospitalisées ayant un taux d'albumine sérique inférieur à 35 g/l

A l'heure actuelle, il n'y a pas d'enquête permettant d'observer le risque de dénutrition chez les malades hospitalisés. La HAS recueille, à partir de 2010 dans les établissements de santé, un indicateur qui évalue le dépistage des troubles nutritionnels au cours d'un séjour hospitalier chez les patients adultes. Il représente le pourcentage de dossiers pour lesquels une mesure du poids, le calcul de l'IMC dans les 48 heures de l'admission et un suivi de l'évolution du poids ont été effectués et notés dans le dossier. Cependant ces informations ne sont pas actuellement analysées au niveau national mais par catégories d'établissement.

En conclusion

Les objectifs proposés, pour la plupart quantifiés, ont pour finalité une amélioration de l'état de santé au regard de l'obésité, de la surcharge pondérale et des pathologies nutritionnelles. Certains sont directement exprimés en termes de résultats de santé, tandis que d'autres portent sur les déterminants ; ils visent à augmenter la pratique de l'activité physique, améliorer les comportements alimentaires et la qualité des apports nutritionnels. En particulier, certains objectifs nouveaux sont introduits sur l'allaitement, la composition des apports alimentaires en glucides, en calcium.
Les objectifs ont la caractéristique d'être, la plupart du temps, ciblés sur des groupes ou populations spécifiques, notamment les enfants et adolescents, les personnes âgées, les personnes en situation de pauvreté.

Le tableau 2 récapitule les objectifs proposés sur le thème de la nutrition.

Tableau 2 : Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème de la nutrition

Objectif général 1 - Réduire l'obésité et le surpoids dans la population

Sous-objectif général 1-1 : stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes

OS 1-1-1 : stabiliser, en 5 ans, la prévalence de l'obésité chez les adultes

OS 1-1-2 : réduire, de 10 % au moins, en 5 ans, la prévalence du surpoids chez les adultes

OS 1-1-3 : stabiliser, en 5 ans, chez les femmes en situation de pauvreté, la prévalence de l'obésité

OS 1-1-4 : diminuer de 15 % au moins, en 5 ans, la prévalence de l'obésité morbide

Sous-objectif général 1-2 : diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents

OS 1-2-1 : diminuer en 5 ans, de 15 % en moyenne, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, la prévalence globale de surpoids et d'obésité

OS 1.2.2 : diminuer en 5 ans, de 15 % au moins, chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans issus de milieux défavorisés, la prévalence de surpoids et d'obésité

Objectif général 2 - Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges

Sous objectif général 2-1 : augmenter l'activité physique chez les adultes

OS 2-1-1 : augmenter chez les adultes, en 5 ans, la proportion de personnes située dans la classe d'activité physique :

- « élevée » de 20 % au moins, chez les hommes et de 25 % au moins chez les femmes ;
- « moyenne » de 20 % au moins

Sous objectif général 2-2 : augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents

OS 2-2-1 : atteindre, en 5 ans, au moins 50% d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée trois fois par semaine pendant au moins une heure

OS 2-2-2 : diminuer de 10 % au moins, en 5 ans, le temps moyen journalier passé par les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans devant un écran

Objectif général 3 - Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment dans les populations à risque

Sous objectif général 3-1 : augmenter la consommation de fruits et légumes

OS 3-1-1 : augmenter en 5 ans, chez les adultes en population générale, la consommation de fruits et légumes, de sorte que :

- 70 % au moins d'adultes consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour ;
- 50 % au moins d'adultes consomment au moins 5 fruits et légumes par jour.

OS 3-1-2 : augmenter, en 5 ans, chez les adultes en situation de pauvreté, la consommation de fruits et légumes, de façon à :

- doubler la proportion d'adultes déclarant consommer des fruits et légumes au moins 3 fois par jour ;
- multiplier par 5 la proportion d'adultes déclarant consommer des fruits et légumes au moins 5 fois par jour

OS 3-1-3 : augmenter en 5 ans, chez les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans, la consommation de fruits et légumes, de sorte que :

- 50 % au moins consomment au moins 3,5 fruits et légumes par jour ;
- 25 % au moins consomment au moins 5 fruits et légumes par jour.

Sous objectif général 3-2 : réduire la consommation de sel

OS 3-2-1 : diminuer la consommation moyenne de sel dans la population pour atteindre, en 5 ans :

- 8 g/jour chez les hommes adultes ;
- 6,5 g/jour chez les femmes adultes et les enfants.

Sous-objectif général 3-3 : améliorer la répartition des macronutriments dans les apports énergétiques sans alcool (AESA).

OS 3-3-1 : ramener, chez les adultes et les enfants, en 5 ans, la contribution moyenne des lipides totaux au sein des apports énergétiques sans alcool (AESA) à 36,5 %

OS 3-3-2 : ramener, chez les adultes et les enfants, en 5 ans, la part moyenne des acides gras saturés, au sein des apports en lipides totaux :

- à 36 % chez les adultes ;
- à 37 % chez les enfants

OS 3-3-3 : augmenter chez les adultes et les enfants, la part des apports en glucides complexes et en fibres et diminuer la part des apports en glucides simples issus des produits sucrés dans l'apport énergétique total

OS 3-3-3-1 : augmenter, en 5 ans, la proportion de personnes ayant des apports en glucides complexes ≥ 27,5 % de l'AESA :

- de 20 % chez les adultes ;
- de 35 % chez les enfants

OS 3-3-3-2 : augmenter, en 5 ans, la proportion de personnes ayant des apports en glucides simples issus des produits sucrés < 12,5 % de l'AESA :

- de 7 % chez les adultes ;

- de 20 % chez les enfants

OS 3-3-3-3 : doubler chez les adultes, la proportion de personnes ayant des apports en fibres > 25 g/jour

OS 3-3-3-4 : réduire de 25% au moins, en 5 ans, la proportion d'enfants consommant plus d'un demi-verre de boissons sucrées par jour

Sous-objectif général 3-4 : augmenter les apports en calcium dans les groupes à risque

OS 3-4-1 : diminuer de 10 % au moins, la proportion de femmes jeunes, d'adolescents et de personnes âgées ayant des apports en calcium alimentaire inférieurs au BNM (Besoin nutritionnel moyen)

Sous-objectif général 3-5 : lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté

OS 3-5-1 : réduire d'un tiers, en 5 ans, la fréquence de l'anémie ferriprive chez les femmes en situation de pauvreté, en âge de procréer (15-49 ans)

Sous-objectif général 3-6 : améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer

OS 3-6-1 : réduire de 30 % au moins, en 5 ans, la proportion des femmes en âge de procréer (15-49 ans) ayant un risque de déficit en folates (taux de folates plasmatiques < 3 ng/ml)

OS 3-6-2 : réduire de 20 % au moins, en 5 ans, la proportion de femmes ayant des apports en folates inférieurs au BNM

OS 3-6-3 : augmenter de 50 % au moins, en 5 ans, le nombre d'unités de comprimés d'acide folique (0,4 mg) prescrits pour un projet de grossesse

Sous-objectif général 3-7 : promouvoir l'allaitement maternel

OS 3-7-1 : augmenter de 15 % au moins, en 5 ans, le pourcentage d'enfants allaités à la naissance

OS 3-7-2 : augmenter de 25 % au moins, en 5 ans, la part des enfants allaités à la naissance bénéficiant d'un allaitement exclusif

OS 3-7-3 : allonger de 2 semaines, en 5 ans, la durée médiane de l'allaitement maternel

OS 3-7-4 : retarder d'un mois, en 5 ans, l'âge médian d'introduction de tout autre aliment que le lait (maternel ou formule lactée du commerce)

Objectif général 4 - Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles

OS 4-1 : réduire la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les adolescents

OS 4-2 : réduire, en population générale, en 5 ans, le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution :

- de 15 % au moins pour les plus de 60 ans ;

- de 30 % au moins pour les plus de 80 ans

OS 4-3 : réduire de 20 % au moins, en 5 ans, le pourcentage de malades hospitalisés dénutris

Pour atteindre les objectifs définis, les actions doivent être synergiques et complémentaires car les objectifs généraux retenus ne sont pas indépendants : par exemple, augmenter la consommation de fruits et légumes ou l'activité physique et diminuer l'apport de glucides simples ou de graisses contribueront probablement à réduire le risque d'obésité ; manger des fruits et légumes contribue à améliorer l'apport en folates ; la réduction de consommation d'aliments pourvoyeurs de glucides simples ou de lipides peut se faire au profit de la consommation de fruits et légumes,…

Les actions à développer doivent permettre de réduire les inégalités en termes d'accès à une alimentation favorable à la santé. Les populations économiquement défavorisées apparaissent particulièrement vulnérables sur le plan nutritionnel, associant risque élevé d'obésité et de carences.
Suivant leur nature, ces actions relèvent de différents acteurs (professionnels de santé, professionnels de l'éducation, travailleurs sociaux, collectivités locales et territoriales, monde associatif et acteurs économiques) et intègrent plusieurs dimensions, telles que la communication et l'information, l'offre alimentaire, le dépistage précoce et la prise en charge des problèmes nutritionnels.

Dans ce cadre, le HCSP formule quatre recommandations générales :

Recommandation 1 - Améliorer l'offre alimentaire et la pratique d'une activité physique suffisante :

- en facilitant l'accessibilité économique pour tous et en donnant du plaisir à consommer les aliments de bonne valeur nutritionnelle ;
- en optimisant la qualité nutritionnelle des aliments mis sur le marché tout en respectant leur qualité gustative, sans nuire à leur accessibilité pour tous ;
- en faisant en sorte qu'une activité physique régulière fasse partie intégrante du mode de vie.

Recommandation 2 - Mieux informer toutes les catégories de consommateurs, notamment les catégories à faible niveau d'éducation :

- en renforçant une communication (nationale et de proximité) très orientée sur la mise en pratique et la facilité pour tendre vers les repères de consommation ;
- en donnant une information pratique et simple pour orienter les choix des consommateurs au moment de l'acte d'achat ;
- en rendant les actions d'éducation nutritionnelle accessibles à tous, particulièrement aux populations à faible niveau d'éducation ;
- en garantissant une cohérence des messages.

Recommandation 3 - Favoriser la prise en charge transversale de la dénutrition, notamment chez le sujet âgé (en ville et dans les établissements de santé et médico-sociaux) :

- en actualisant la formation de l'ensemble des professionnels de santé et des professionnels relais ;
- en développant les outils et les moyens utiles à la reconnaissance des risques de dénutrition chez les sujets âgés.

Recommandation 4 - Soutenir la mise en place de réseaux régionaux de prise en charge de l'obésité infantile et adulte.

- informer le public et les professionnels de santé sur l'accès aux soins et aux ressources locales ;

- former les professionnels à la prévention, au dépistage et à la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile et adulte.

Risques liés aux soins

De nombreux pays se sont organisés pour réduire les événements indésirables qui peuvent survenir lors des soins. L'OMS a lancé un programme pour la sécurité des patients en 2004[88]. Le Conseil de l'Union européenne a publié une recommandation le 9 juin 2009.[89]

En France, l'enquête ENEIS réalisée en 2004[90], a permis de confirmer d'une manière générale le poids des risques liés aux différents soins, d'identifier les types de soins en cause et d'évaluer par expertise le caractère évitable ou non de ces risques.

On parle d'évènements indésirables associés aux soins (EI) pour désigner des atteintes cliniques ou paracliniques non souhaitées et associées à la mise en œuvre de soins. Le terme « associé » aux soins, défini par le CTINILS[91], signifie qu'un lien direct ou indirect, exclusif ou partiel, entre les soins et ces atteintes a été établi, sans toutefois que la nature causale de ce lien soit formellement établie[92].

Pour un groupe d'experts réunissant la SRLF et la SFAR[93], la définition est élargie, puisqu'elle inclut :

- les situations portant sur des écarts de procédures, et pas seulement de résultats escomptés ;
- les sources potentielles de dommage, et les évènements porteurs de risque, conformément au décret d'accréditation des médecins pour les spécialités à risque[94].

Les évènements indésirables graves (EIG) associés aux soins ont des conséquences importantes pour le patient : ils peuvent conduire au décès du patient, ou comporter une menace vitale, ou nécessiter une hospitalisation, ou, lorsqu'ils surviennent chez un patient hospitalisé, ils peuvent prolonger le séjour ou conduire à un handicap ou une incapacité persistant au-delà de la sortie. Cette définition est reprise par le groupe d'experts de la SRLF et de la SFAR, déjà cité, qui propose un critère supplémentaire pour définir la gravité : la nécessité de certains gestes invasifs pour prendre en charge ces EI. Compte tenu de cette définition, la recherche d'une réduction des EIG s'inscrit pleinement dans une politique de santé publique.

Bien que la réduction de tous les EI associés aux soins, y compris les évènements potentiels, soit très souhaitable, la formulation d'un tel objectif n'a pas semblé réaliste à court terme. Il est en outre vraisemblable que des actions d'amélioration de la sécurité des patients centrées sur la réduction des EIG auront un impact plus large. Il est donc proposé de désigner comme cible privilégiée les EIG. La formulation retenue pour les propositions d'objectifs porte donc sur une réduction de fréquence des EIG; à défaut, lorsque cette démarche est hors de portée, une réduction de gravité des EI, à fréquence égale, peut être un repli pertinent.

Ces EIG ont également des effets négatifs importants sur les acteurs de l'offre de soins, en particulier les établissements de santé qui concentrent les soins les plus lourds et les risques les plus graves : la survenue d'EIG, outre l'altération de la santé des patients qu'elle détermine, peut affecter au plan physique ou mental les professionnels de santé et les équipes ; elle est à l'origine de soins supplémentaires et de surcoûts, de contentieux liés aux dommages provoqués, et d'une détérioration de l'image des établissements et des professionnels auprès des usagers.

---

[88] http://www.who.int/topics/patient_safety/fr/

[89] Recommandation relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci. J.O. du 3 juillet 2009.

[90] P Michel et coll Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé: premiers résultats d'une étude nationale Etudes et Résultats N° 398 • mai 2005.

[91] Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Définition des infections associées aux soins, Mai 2007 11p.

[92] Le terme « iatrogène », précédemment utilisé, suggère une relation de causalité souvent difficile à établir dans des conditions de routine des soins. Il n'a donc pas été retenu dans ce document.

[93] Sécurisation des procédures à risques en réanimation : risque infectieux exclu C. Gervais L. Donetti, F. Bonnet, C. Ichai, F. Jacob, Réanimation (2008) 17, 503—511.

[94] Décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé.

Bien qu'il apparaisse prématuré de conclure en 2009 à l'atteinte ou non des objectifs concernés de la loi de santé publique de 2004[95], l'évaluation réalisée par la commission de sécurité des patients du HCSP suggère :

- que des résultats positifs ont été obtenus sur certains objectifs, en particulier ceux qui concernent les infections associées aux soins, qui ont fait l'objet d'une surveillance et de programmes de prévention successifs ;
- mais que l'évolution des résultats pour la plupart des autres objectifs ne peut être appréciée actuellement ;
- et enfin que les inégalités régionales et sociales dans ce domaine ne sont guère identifiées actuellement faute d'être l'objet d'un recueil de données[96].

Les cinq objectifs[97] concernant les événements « iatrogènes » dans la loi de 2004 répondaient à des logiques hétérogènes :

- ils visaient tantôt une cible précise, tantôt un ensemble d'événements de nature différente ;
- ils déclinaient tantôt l'évolution d'un processus (pratique de soins), tantôt celle des résultats de santé (évènements indésirables) ;
- ils étaient tantôt circonscrits au milieu ambulatoire ou aux établissements de santé, tantôt non limités ;
- ils concernaient tantôt un groupe de population particulier (personnes âgées), tantôt l'ensemble des patients.
- Ils étaient parfois centrés sur les événements évitables, parfois non.

Dans la perspective de la nouvelle loi, il semble crucial de mettre en valeur parmi les nombreux objectifs de santé publique, ceux qui correspondent à des problèmes de santé identifiés comme les plus fréquents, ou encore jugés préoccupants pour une autre raison, mais ce choix doit être argumenté.

En outre, l'éclatement d'un thème en plusieurs objectifs, comme c'était le cas dans la loi de 2004 pour le médicament par exemple, n'a guère favorisé la lisibilité déjà faible de la politique engagée dans ce domaine : cet éclatement devrait être évité à l'avenir.

Les propositions qui suivent ont donc été réorganisées autour de deux objectifs généraux définis en termes de soins :

- l'un regroupe les EIG associés aux médicaments, en explicitant comme objectif spécifique les circonstances de prescription ;
- l'autre regroupe tous les autres EIG associés à la réalisation d'actes invasifs, en distinguant comme objectif spécifique les infections associées aux soins (IAS) graves, des autres EIG. Dans le cas des IAS, leur survenue peut être très retardée par rapport à la réalisation de l'acte invasif.

En dehors des EI liés aux actes invasifs, dont les IAS, et ceux liés aux médicaments, d'autres soins peuvent être impliqués dans la survenue d'EI ; l'expérience dramatique des EIG consécutifs à certaines radiothérapies a illustré récemment cette éventualité. Dans l'enquête ENEIS de 2004, ces EIG représentaient une part faible de l'incidence des EIG et surtout des admissions pour EIG.

Ces objectifs sont centrés sur les EIG évitables, c'est-à-dire ceux pour lesquels des actions de prévention ou d'amélioration des pratiques peuvent déterminer une réduction de leur survenue, ou une moindre sévérité. Les EIG évitables sont définis comme des événements qui ne seraient pas survenus si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante[98]. Le

[95] Les résultats de l'enquête ENEIS 2 réalisée en 2009 ne sont pas encore disponibles.
[96] À l'exception des Enquêtes Nationales de Prévalence des IAS qui éclairent partiellement ce risque.
[97] **026** : Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène de 10% à 7% d'ici à 2008 ; **027** : Réduire la fréquence des évènements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008 ; **028** : Réduire d'1/3 la fréquence des évènements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire ; **029** : Réduire les doses d'irradiation individuelles et collectives liées aux expositions médicales à visée diagnostique, en renforçant la justification des indications et l'optimisation des pratiques ; **100** : Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées.
[98] Définition utilisée dans l'enquête ENEIS.

caractère évitable[99] implique, de façon variable, une ou plusieurs erreurs humaines, et un ou plusieurs défauts système (touchant la structure, l'organisation et ou le management).

Le jugement du caractère évitable ou non, d'un EIG est établi rétrospectivement, par expertise individuelle, au vu des soins reçus par le malade concerné par un EI, en tenant compte des référentiels en vigueur au moment des soins (textes réglementaires, recommandations, avis d'experts).

Le tableau ci-dessous récapitule l'organisation des objectifs généraux et spécifiques selon le type de soins et la nature de l'EIG.

<table>
<tr><td rowspan="6">Selon le type de soins</td><td></td><td colspan="2">Selon la nature de l'EIG</td></tr>
<tr><td rowspan="3"><u>Actes invasifs</u></td><td><u>Infections associées aux soins</u> (IAS)</td><td><u>Autres EIG</u></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Objectif spécifique 2-1
(à la fois associés à des actes chirurgicaux et à d'autres actes invasifs)</td><td>Actes chirurgicaux :

Objectif spécifique 2-2</td></tr>
<tr><td>Autres actes invasifs :

Objectif spécifique 2-3</td></tr>
<tr><td rowspan="3"><u>Médicaments</u></td><td colspan="2">Objectif spécifique 1-1</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objectif spécifique 1-2</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objectif spécifique 1-3</td></tr>
</table>

<u>Objectif général 1 - Réduire la fréquence de survenue d'événements indésirables graves (EIG) évitables associés à l'usage, ou à l'absence d'usage, de médicaments pour des patients pris en charge en établissements de santé, en établissements médico-sociaux, ou en médecine ambulatoire</u>

Dans l'enquête ENEIS en 2004, 38,7 % des EIG causes d'hospitalisation et 19,5 % des EIG survenant pendant l'hospitalisation, étaient associés aux médicaments. Parmi ces EIG, 40 à 50% ont été considérés comme évitables.

Les EIG associés aux médicaments peuvent résulter :

- d'un défaut de prescription de médicaments chez des patients chez qui cette prescription était indiquée (« underuse »)100 ;
- de prescriptions de médicaments justifiés, mais inadaptées c'est-à-dire non conformes, ou mal exécutées, ou mal suivies (« misuse »), quel qu'en soit le responsable (y compris le patient lorsqu'il a été préalablement bien informé et formé) ;
- de prescriptions multiples mais injustifiées de médicaments, c'est-à-dire comportant au moins partiellement des médicaments ayant obtenu un Service Médical Rendu (SMR) insuffisant pour l'indication concernée, ou de patients chez lesquels ces médicaments ne sont pas ou plus indiqués actuellement, voire contre-indiqués (« overuse »).

Au-delà de la seule prescription, c'est l'ensemble du circuit du médicament qui peut être en cause dans la survenue des EIG : dispensation, administration, usage par le patient, surveillance. Dans les objectifs spécifiques qui suivent, les actions pourront donc associer de façon variable des propositions

[99] Reason JT *Human error*. 1990, Cambridge, MA: Cambridge University Press.
[100] Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA 1998;280(11):1000-5.)

destinées aux prescripteurs, aux autres professionnels impliqués dans ce circuit, mais aussi des efforts d'éducation thérapeutique.

Pour éviter la survenue d'une partie au moins de ces EIG associés au médicament, des actions d'amélioration portant sur le circuit du médicament sont donc essentielles. Ces mesures sont déjà fortement soutenues par les dispositions réglementaires relatives au bon usage des soins[101], [102], [103] et par la certification des établissements de santé conduite par la HAS[104]. Il est donc proposé que les objectifs de la future loi de santé publique soient centrés sur les résultats formulés en termes d'EIG, car cette logique concerne plus particulièrement le HCSP en complétant celles poursuivies par la HAS et l'Afssaps.

L'enquête des Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) en 1998[105] sur 3 137 patients admis pour effets indésirables d'origine médicamenteuse dans 62 services médicaux de 33 établissements publics estimait à 134 000 (IC95% : 97 000 – 171 000) par an le nombre d'admissions au niveau national, soit 3,2 % des hospitalisations (IC 2,4 %-4,0 %). La nouvelle enquête « Effets Indésirables des Médicaments : Incidence et Risque » (EMIR) réalisée en 2007 par l'Afssaps[106] sur 2 692 patients admis pour des séjours de plus de 24 heures estimait à nouveau que 144 000 admissions annuelles étaient liées à des EI d'origine médicamenteuse (IC95% : 112 000 – 176 000), soit 3,6 % des hospitalisations (IC 2,8 %-4,4 %). L'incidence ne s'était pas modifiée de 1998 à 2007. Dans une étude réalisée en Angleterre sur près de 19 000 patients admis en 6 mois, 6,5 % des admissions étaient liées à un événement indésirable d'origine médicamenteuse[107].

Bien que les EIG associés aux médicaments touchent plus fréquemment certains secteurs de soins et certains groupes de patients (en particulier les personnes âgées), cet objectif général a été formulé sans cibler un secteur ou un groupe en particulier, dans le but de favoriser le développement dans la communauté professionnelle d'une « culture » de sécurité pour tous les patients.

Cette formulation couvre les EIG associés aux médicaments, quel que soit le lieu de prescription et de survenue : dans les établissements de santé, en cabinet, à domicile, y compris les EHPAD, afin de souligner la nécessaire continuité de la sécurité des soins entre ces différents secteurs. Elle porte sur l'usage et non la seule prescription : c'est une façon de rappeler l'importance d'associer une prescription pertinente à l'éducation thérapeutique, pour que le « bon » patient puisse recevoir le « bon » traitement.

Objectifs spécifiques

OS 1-1 : augmenter la proportion de malades atteints d'une affection chronique pour laquelle la prescription d'un ou plusieurs médicaments est justifiée, et qui ont fait l'objet de cette prescription

La survenue d'EIG chez des patients atteints d'affection chronique peut être liée à l'absence de prise d'un médicament indiqué pour cette affection dans le cadre d'une prévention tertiaire. Cette situation de sous-utilisation d'un médicament, bien identifiée dans la littérature scientifique, concerne en particulier l'infarctus du myocarde (aspirine, béta-bloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou IEC), l'insuffisance cardiaque (IEC), les accidents vasculaires cérébraux (anticoagulants en cas de fibrillation auriculaire, traitement antithrombotique) chez les patients bénéficiant du programme

[101] Décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
[102] Circulaire N°DHOS/E2/DSS/1C/2006/30 du 19 janvier 2006 relative à la mise en oeuvre du contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations mentionné à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale.
[103] Projet d'arrêté relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux (à paraitre).
[104] Voir la V2010 Critère 20.a « Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient ».
[105] Pouyanne P et coll. Admissions to hospital caused by adverse drug reactions : cross sectional incidence study BMJ 2000, 320 ; 1036.
[106] Résultats provisoires aimablement communiquées par l'Afssaps.
[107] Pirmohamed M et coll. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital : prospective analysis of 18 820 patients BMJ 2004 ; 329 : 15-19.

Medicare aux Etats-Unis pour 1997-1998[108] ; les indicateurs correspondants ont été utilisés pour évaluer un programme d'amélioration de la qualité des soins pour ces patients[109].

En France, l'expérimentation COMPAQH[110] a permis de valider et proposer la généralisation dans les établissements de santé d'indicateurs concernant les prescriptions d'aspirine, de béta-bloquants, d'IEC et de statines dans les suites d'un infarctus du myocarde[111]. La HAS a engagé un travail coopératif concernant la prescription de psychotropes[112] dans lequel a été relevé, à côté des prescriptions par excès, l'absence de prescription d'antidépresseurs chez des patients chez lesquels une dépression majeure a été diagnostiquée. L'absence de traitement préventif dans les suites d'une fracture associée à une ostéoporose pourrait également être considérée.

Cet objectif implique un travail d'expertise pour : a) déterminer des affections chroniques dans lesquelles des recommandations explicites de prescription sont disponibles, b) établir une liste des médicaments concernés et c) proposer des niveaux de prescription à atteindre sur la période couverte par la future loi. Ce travail pourrait être réalisé sous l'égide du HCSP par un groupe d'experts associant en particulier l'Afssaps et la HAS.

Cet objectif concerne à la fois les pratiques médicales dans les établissements de santé, comme les évaluent les indicateurs IPAQSS[113] de la HAS, mais également le relais par le médecin traitant des prescriptions dans les suites d'un séjour pour une affection justifiant un traitement préventif. Deux sources pourraient permettre d'identifier les patients atteints de maladies chroniques retenues, et constituer le dénominateur de l'indicateur : une admission dans un service de soins de courte durée (MCO) pour cette affection comme diagnostic principal (source : PMSI) ou bien le statut d'affection de longue durée (ALD) pour cette affection. La prescription du médicament visé (numérateur) pourrait provenir du SNIIR-AM ; elle ne préjuge pas de l'usage effectif du médicament par le patient, qui implique une offre d'éducation thérapeutique.

OS 1-2 : réduire la proportion de malades âgés de 75 ans et plus faisant l'objet de prescriptions indiquées, mais inadaptées, ou non suivies, pour trois classes de médicaments (antithrombotiques, psychotropes, diurétiques)

Les actions d'amélioration de l'usage des médicaments impliquent de prendre en compte les classes médicamenteuses en cause. Or, la plupart des données disponibles concernant les EIG associés aux médicaments est limitée aux patients admis pour ces EIG, la plupart ne distingue pas les situations d'usage inadapté et d'usage injustifié, et très peu identifient spécifiquement les EIG liés à un défaut d'usage de médicaments justifiés. Les informations disponibles sur les classes médicamenteuses en cause dépassent le périmètre de cet objectif spécifique, qui concerne des patients chez lesquels l'indication d'un médicament est bien justifiée, mais son usage problématique pour diverses raisons liés au prescripteur ou au patient.

Pour conforter les efforts déjà engagés, les systématiser et les développer, il est proposé de consacrer des efforts particuliers à trois classes médicamenteuses pour lesquelles la survenue d'EIG est documentée comme fréquente, et des possibilités d'amélioration réalistes : les antithrombotiques, les psychotropes et les diurétiques.

Par ailleurs, les recommandations de prescription et l'éducation thérapeutique concernent certes tous les malades, mais cet objectif spécifique propose de concentrer les efforts sur les patients de 75 ans et plus particulièrement touchés par ces EIG[114].

---

[108] SF Jencks, T Cuerdon, DR Burwen et col. Quality of Medical Care Delivered to Medicare Beneficiaries: A Profile at State and National Levels *JAMA*. 2000;284(13):1670-1676.
[109] SF Jencks, ED Huff, T Cuerdon Change in the Quality of Medical Care Delivered to Medicare Beneficiaries*1998-1999 et 2000-2001 JAMA*. 2003;289(3):305-311.
[110] Voir site COMPAQH http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/
[111] Voir IPAQSS 2008 sur www.has-sante.fr
[112] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601523/ameliorer-la-prescription-des-psychotropes-chez-la-personne-agee.
[113] Voir IPAQSS 2008 sur www.has-sante.fr
[114] Dans l'étude de Pirmohamed M (voir note 21) les patients admis pour évènement indésirables associés aux médicaments avaient 76 ans en moyenne, contre 66 ans pour les autres patients.

Dans l'enquête EMIR en 2007, les antithrombotiques, et notamment les anticoagulants antivitamine K, représentent la première classe de médicaments (12,7 %) associés à des hospitalisations pour EIG. Ce résultat est cohérent avec d'autres sources de données[115]. Une campagne sur les antivitamines K a déjà été commencée par l'Afssaps, avec des informations et des outils disponibles sur son site. Les mesures d'amélioration comportent notamment la systématisation d'un suivi individuel impliquant activement chaque patient, associant des explications orales et un support écrit, le suivi des constantes biologiques correspondantes, l'utilisation d'un carnet patient. La réalité de ce suivi selon une périodicité donnée, pourrait s'appuyer sur le SNIIR-AM qui comporte à la fois la prescription de médicaments de cette classe, et celle des examens biologiques de surveillance requis. L'indicateur permettant de suivre cette mesure pourrait être le pourcentage de patients traités par anti-thrombotique ayant fait l'objet d'au moins un bilan biologique spécifique (INR) dans l'année.

Dans l'enquête EMIR en 2007, les psycholeptiques étaient incriminés dans 6,6% des hospitalisations pour EIG. Les risques associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les personnes âgées font l'objet depuis 2007 d'un programme pluriannuel lancé par la HAS en collaboration étroite avec toutes les instances concernées ; ce groupe s'est centré sur quatre situations cliniques à risque de prescription inadaptées : la dépression, l'insomnie, l'anxiété et les troubles du comportement. Des actions et des objectifs opérationnels ont été définis avec les partenaires concernés pour ces différentes situations, en s'appuyant sur le SNIIR-AM. Un bilan d'étape a été présenté en 2008[116]. Il s'agit de conforter cette démarche en cours.

Les médicaments diurétiques représentaient 9% des causes d'admission pour effets secondaires liés aux médicaments dans l'enquête EMIR en 2007. Là encore ces données sont cohérentes avec d'autres travaux[117]. Outre la promotion de référentiels de pratique, la systématisation du suivi de ces prescriptions, notamment par l'intermédiaire de bilans biologiques simples périodiques, la prise en compte d'évènements intercurrents par le patient grâce à l'éducation thérapeutique, pourrait éviter une partie au moins de ces effets. Comme pour les antithrombotiques, le SNIIR-AM pourrait servir de support aux données nécessaires (prescription de diurétiques, réalisation d'un bilan hydro-électrolytique) conduisant à un indicateur similaire (pourcentage de patients traités par diurétiques ayant fait l'objet d'au moins un bilan dans l'année).

OS 1-3 : réduire la proportion de malades faisant l'objet de polyprescriptions en partie non indiquées

A côté des EIG associés à un défaut de prescription, ou à une utilisation inappropriée de médicaments indiqués, l'accumulation de prescriptions médicamenteuses chez un même patient est identifiée comme responsable d'EIG : ainsi dans une étude européenne chez 2 707 personnes âgées, le risque relatif (OR) de prescription inappropriée associé à la consommation de six médicaments et plus était de 2,19 (1,78-2,70)[118] ; un résultat similaire était observé en France dans l'étude des 3 Cités chez 9 294 personnes de 65 ans et plus en population générale, dont 21 % avaient une prescription inappropriée[119]: dans cette étude, la proportion de personnes ayant une prescription inappropriée passait de 9% à 29% puis 52% lorsque le nombre de médicaments prescrits passait de moins de 5 à 5 à 7 puis à 8 et plus. Cette polyprescription est en partie associée à la polypathologie particulièrement fréquente chez les personnes âgées[120].

Cette polyprescription est notamment le fait :

- de certaines prescriptions non justifiées, ou même contre-indiquées chez ces patients, en particulier dans la classe des médicaments psychotropes[121]

[115] Pirmohamed M et coll. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital : prospective analysis of 18 820 patients BMJ 2004 ; 329 : 15-19.
[116] http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_702822
[117] Voir réf. ci-dessus.
[118] D Fialová E Topinková, G Gambassi; et al. Potentially Inappropriate Medication Use Among ElderlyHome Care Patients in Europe JAMA. 2005;293(11):1348-1358.
[119] N Lechevallier-Michel M Gautier-Bertrand A Alperovitch et al.Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a community-dwelling elderly population: results from the 3C Study Eur J Clin Pharmacol 2005 ; 60 :813–819.
[120] S Legrain Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé HAS, 2005 (16 p.).
[121] Cf. le projet « améliorer la prescription de psychotropes chez le sujet âgé » coordonné par la HAS.

- du maintien à long terme de certaines prescriptions justifiées de façon ponctuelle, comme par exemple les médicaments inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
- du recours à certaines prescriptions à Service Médical Rendu faible ou absent dans les indications où elles sont utilisées, comme par exemple les médicaments vasodilatateurs, certaines antibiothérapies etc.

Dans ces deux derniers cas, le risque lié à ces prescriptions n'est pas en rapport avec des effets délétères propres aux produits concernés, mais à l'ajout de médicaments supplémentaires et non utiles chez des patients déjà polymédicamentés.

Différents critères pour définir des prescriptions inappropriées ont été élaborés et mis à jour dans la littérature internationale[122], même s'ils sont discutés : des classes de médicaments, associées ou non à des situations de soins peuvent permettre de définir des objectifs opérationnels dans ce domaine.

Les données nécessaires au suivi de cet objectif pourraient provenir du SNIIR-AM en combinant un critère de polyprescription, la redondance de prescriptions au sein d'une même classe thérapeutique (ATC), la présence de prescriptions inappropriées (exemple : benzodiazépines à demi-vie longue).

Objectif général 2 - Réduire la fréquence[123] de survenue des évènements indésirables graves (EIG) évitables associés à des actes invasifs (en dehors des EIG associés aux médicaments) dans les établissements de santé ou médico-sociaux et en médecine ambulatoire

Actuellement seule l'enquête ENEIS réalisée en 2004 en France fournit des données générales au niveau national pour situer la place des EIG dans l'activité de soins des établissements de santé, en termes de mortalité et morbidité diagnostiquées ; d'autres données sont disponibles concernant les IAS (enquêtes de prévalence, résultats de surveillance). Il n'existe pas de données épidémiologiques sur la survenue des EIG en médecine ambulatoire, en dehors des EIG qui sont causes d'hospitalisation.

Dans l'enquête ENEIS de 2004, sur 195 EIG ayant motivé une admission, 48,7 % des EIG étaient associés à des actes invasifs, 18,9 % étant des IAS. De même pour 255 EIG survenus en cours de séjour, la densité d'incidence observée pour des EIG associés à des actes invasifs était de 4,36 pour 1 000 jours et de 1,59 pour les IAS. Environ un EIG sur trois identifiés pour ces deux catégories était jugé évitable après expertise des soins effectivement reçus par ces patients. Toute réduction notable de la survenue des EIG passe donc par des actions (et des résultats) concernant explicitement ces cibles.

Les EIG sont associés à des soins hospitaliers ou de ville (y compris dans les établissements médico-sociaux) : l'ensemble du système de soins est donc concerné par cette démarche.

Les EIG associés à un acte invasif résultent presque exclusivement de soins délivrés en milieu hospitalier, mais ces EIG peuvent se révéler après la sortie des patients ; en ce sens ils concernent aussi le secteur des soins ambulatoires.

Objectifs spécifiques

OS 2-1 : réduire la fréquence de survenue d'infections graves et évitables associées aux soins comportant des actes invasifs

La lutte contre les IAS a constitué depuis une vingtaine d'années une priorité explicite de la réduction des risques associés aux soins en France. Cet objectif a mobilisé d'importants moyens dans les établissements de santé et en dehors ; il a permis de mettre en place des méthodes de prévention efficaces. C'est la seule activité pour laquelle des arguments explicites d'efficacité ont pu être mis en

[122] DM Fick, JW Cooper, WE Wade JL Waller,JR Maclean MH Beers Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults Arch Intern Med. 2003;163:2716-2724.

[123] Le terme « fréquence » (de survenue) laisse ouvert le choix ultérieur des indicateurs permettant d'atteindre cet objectif : incidence cumulée, densité d'incidence.

évidence dans l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique depuis 2004, y compris sur des indicateurs de résultats.

Pour autant, les IAS ne constituent plus la principale source d'EIG en France, comme l'a montré l'enquête ENEIS en 2004, seule source d'information permettant de situer les IAS par rapport aux autres risques associés aux soins. Il n'est évidemment pas question d'interrompre les efforts déployés, en particulier le plan stratégique national 2009-2013 de lutte contre les IAS, mais la réduction d'incidence des IAS ne peut plus constituer une cible exclusive, en termes de santé publique.

Le programme national de lutte contre les IAS dépasse les seules IAS graves, une approche plus extensive que pour les autres EIG étant possible par l'antériorité et le succès des actions menées. En outre le caractère transmissible des IAS, pouvant générer des cas secondaires, exige des réponses spécifiques qui ne se posent pas pour les autres EIG.

Dans ce programme, quatre objectifs de résultats doivent être repris dans la future loi de santé publique : les cibles attendues pour 2012 et les indicateurs associés sont donc repris ici. Trois objectifs concernent des IAS associées à des actes invasifs :

- En 2012, le taux d'incidence des bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation pour 1 000 jours d'exposition aux CVC devrait diminuer d'un quart [données de référence : REA RAISIN 2008] ;
- En 2012, le taux d'incidence des infections du site opératoire (ISO) pour 100 actes, pour des interventions ciblées à faible risque d'infection, devrait diminuer globalement d'un quart, y compris pour les infections profondes [données de référence : ISO RAISIN 2008] ;
- En 2012, le taux d'incidence des accidents exposant au sang pour 100 lits, devrait diminuer d'un quart globalement et par catégorie d'établissements [données de référence : AES RAISIN 2008].

Un autre objectif de résultat concerne les bactéries multirésistantes : il est abordé dans le chapitre « Maladies infectieuses ». Le programme national met aussi en avant des recommandations portant sur des moyens, des organisations ou des processus, qui ne sont pas repris ici mais dont la mise en œuvre est tout aussi nécessaire.

Comme les différents indicateurs et sources de données sont spécifiques de sites d'IAS, la seule estimation de l'incidence de l'ensemble des IAS vient d'ENEIS ; l'Enquête nationale de prévalence ne mesure pas d'incidence, et le programme national n'a d'ailleurs pas formulé ses objectifs en termes de prévalence. Cependant ENEIS observe un nombre limité d'IAS et souffre probablement d'un défaut de puissance pour apprécier l'effet de mesures spécifiques : les résultats issus des réseaux de surveillance ciblés sur les ISO ou sur les infections sur CVC en réanimation complèteront avantageusement les données d'incidence issues d'ENEIS.

L'objectif du programme est une réduction d'incidence de 25% de trois localisations d'IAS, sans formuler d'objectif de résultat pour les IAS urinaires ou les pneumopathies, souvent associées à des actes invasifs (sondage, ventilation). La formulation ne prend pas explicitement en compte le caractère évitable ou non des IAS concernées, mais les objectifs retenus l'ont été principalement du fait qu'une marge de progression était envisageable pour eux, ce qui peut être rapproché du caractère évitable. De ce fait, il est difficile en l'état de quantifier l'objectif spécifique 2-1 en tant que tel. Cependant, en cohérence avec le programme stratégique de lutte contre les IAS 2009-2013, les objectifs suivants sont proposés :

OS 2-1-1 : **réduire de 25 % au moins, en 5 ans, la fréquence de survenue de bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation**

OS 2-1-2 : réduire de 25 % au moins, en 5 ans, la fréquence de survenue d'infections du site opératoire pour 100 actes, pour des interventions ciblées à faible risque d'infection (cure de hernie inguinale ou de paroi, cholécystectomie, chirurgie orthopédique prothétique, césarienne, chirurgie du sein)

OS 2-1-3 : réduire de 25 % au moins, en 5 ans, la fréquence de survenue d'accidents d'exposition au sang (AES)

Source de données	Organisme chargé de la transmission	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Réseau RAISIN	InVS	2007	Bactériémies liées aux CVC : 0,97 p. 1 000 j CVC	Statistique annuelle	
			ISO : valeur disponible mais nécessite un calcul spécifique	Statistique annuelle	
ENEIS	Drees	2004	Densité d'incidence des IAS : 1,59 / 1000 j	2009	?
Réseau Raisin	InVS	2007	AES : 7,5 pour 100 lits	Statistique annuelle	

OS 2-2 : réduire la fréquence de survenue d'EIG évitables associés à la réalisation d'actes chirurgicaux (en dehors des infections)

Dans l'enquête ENEIS en 2004, les EIG associés aux actes chirurgicaux venaient en tête des EIG liés aux soins :

- Il y avait 79 EIG associés à des interventions chirurgicales sur 195 EIG ayant motivé une admission (soit 42,7 %);
- et la densité d'incidence observée pour les EIG associés aux actes chirurgicaux était la plus élevée avec 3,23 pour 1 000 jours.

Cette prédominance confère évidemment à la prévention des EIG associés aux actes chirurgicaux un caractère prioritaire dans la recherche de sécurité des patients.

En outre, les blocs opératoires sont l'objet de conditions réglementaires, de référentiels de prise en charge, d'équipes pluridisciplinaires formalisées, et d'un système d'information permettant d'identifier les patients, les actes et les intervenants. Cette situation constitue un contexte favorable à la mise en œuvre d'actions d'amélioration, auxquelles la certification des établissements concourt largement. Le regroupement des blocs opératoires va également dans ce sens.

Cependant l'intervention chirurgicale est un processus qui commence avant le bloc opératoire et se poursuit au-delà. En particulier les soins éventuellement en cause dans la survenue d'un EIG ne sont pas seulement chirurgicaux : l'indication, la préparation, l'anesthésie, les soins post-opératoires peuvent intervenir, et de nombreux EIG consécutifs à des actes chirurgicaux sont identifiés à distance de l'intervention.

L'identification systématique des EIG, et leur analyse, sont sans doute les points faibles de la prévention des EIG associés aux actes chirurgicaux ; cette identification passe par une définition explicite et reproductible ; même pour des EIG moins diversifiés, comme les Infections du Site Opératoire (ISO), l'expérience des équipes d'hygiène a montré que la mise au point de critères reconnus constitue un préalable. Cette même expérience suggère l'efficacité des surveillances comme moyen de lutter contre les EIG. La systématisation des signalements (lois du 4 mars 2002 et du 9 août 2004 modifiant l'article L.1413-14 du Code de santé publique) telle qu'elle est expérimentée actuellement par l'InVS dans plusieurs régions, doit être fortement soutenue, mais elle ne dispense pas d'une mesure spécifique de l'incidence, portant sur des EIG validés avec les équipes de soins concernées, et analysée en tenant compte des patients pris en charge et des actes réalisés. Cette

incidence devrait être exprimée en termes de tendance et de niveau, relativement à un seuil « acceptable ». ENEIS ne peut apporter d'information détaillée à ce sujet, compte tenu du nombre limité de cas observés.

OS 2-3 : réduire la fréquence de survenue d'EIG évitables associés à la réalisation d'actes invasifs autres que chirurgicaux (en dehors des infections)

Dans l'enquête ENEIS en 2004, les EIG associés aux actes invasifs autres que chirurgicaux concernaient :

- 17 EIG sur 195 EIG ayant motivé une admission (soit 8,7 %);
- mais surtout une densité d'incidence de 1,13 pour 1 000 jours en tant qu'EIG survenu au cours d'un séjour, soit un risque voisin de celui associé aux médicaments, par exemple.

Cette fréquence paraît justifier la formulation d'un objectif de réduction pour ces EIG, afin d'améliorer la sécurité des patients, notamment dans cette dernière circonstance.

Plus encore que pour les actes chirurgicaux, il est vraisemblable que ces EIG concernent des actes invasifs très différents (endoscopes, cathéter, dispositifs médicaux, etc.). ENEIS n'apporte guère de précision à ce sujet, compte tenu du nombre limité de cas observés. Une étape préalable est donc nécessaire, permettant :

- de définir précisément les EIG associés à un type d'acte invasif donné, condition de toute mesure ;
- d'estimer les principaux actes concernés, les patients les plus exposés, les EIG les plus fréquents

Comme pour les actes chirurgicaux, une direction à explorer pourrait être de chercher à étendre la surveillance des IAS, telle qu'elle est pratiquée pour certains actes invasifs comme les cathéters par exemple, à d'autres EIG de nature non infectieuse : mécanique, hémorragique, etc. Dans le même esprit, l'utilisation de certains dispositifs, comme la matériovigilance, pour l'identification des divers EIG qui peuvent en résulter, pourrait être évaluée.

En conclusion

L'évaluation des objectifs concernant cette thématique dans la loi d'août 2004 suggère des résultats en partie positifs. Pour la prochaine loi, il a été choisi de faire apparaître des objectifs mettant mieux en évidence les situations de soins les plus porteuses de risque. L'accent est donc mis sur les EIG évitables associés aux médicaments et aux actes invasifs, tout en conservant une attention particulière aux infections associées aux soins.

Le tableau 4 récapitule ces propositions.

Tableau 4 : objectifs proposés sur le thème des risques associés aux soins

Objectif général 1 - Réduire la fréquence de survenue d'événements indésirables graves (EIG) évitables associés à l'usage, ou à l'absence d'usage, de médicaments pour des patients pris en charge en établissements de santé, en établissements médico-sociaux, ou en médecine ambulatoire
OS 1-1 : augmenter la proportion de malades atteints d'une affection chronique pour laquelle la prescription d'un ou plusieurs médicaments est justifiée, et qui ont fait l'objet de cette prescription
OS 1-2 : réduire la proportion de malades âgés de 75 ans et plus faisant l'objet de prescriptions indiquées, mais inadaptées, ou non suivies, pour trois classes de médicaments (antithrombotiques, psychotropes, diurétiques)
OS 1-3 : réduire la proportion de malades faisant l'objet de polyprescriptions en partie non indiquées
Objectif général 2 - Réduire la fréquence de survenue des évènements indésirables graves (EIG) évitables associés à des actes invasifs (en dehors des EIG associés aux médicaments) dans les établissements de santé ou médico-sociaux et en médecine ambulatoire

OS 2-1 : réduire la fréquence de survenue d'infections graves et évitables associées aux soins comportant des actes invasifs

OS-2-1-1 : réduire de 25 % au moins, en 5 ans, la fréquence de survenue de bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation

OS-2-1-2 : réduire de 25 % au moins, en 5 ans, la fréquence de survenue d'infections du site opératoire pour 100 actes, pour des interventions ciblées à faible risque d'infection (cure de hernie inguinale ou de paroi, cholécystectomie, chirurgie orthopédique prothétique, césarienne, chirurgie du sein)

OS-2-1-3 : réduire de 25 % au moins, en 5 ans, la fréquence de survenue d'accidents d'exposition au sang (AES)

OS 2-2 : réduire la fréquence de survenue d'EIG évitables associés à la réalisation d'actes chirurgicaux (en dehors des infections)

OS 2-3 : réduire la fréquence de survenue d'EIG évitables associés à la réalisation d'actes invasifs autres que chirurgicaux (en dehors des infections)

Les observations rassemblées par le HCSP concernant les risques associés aux soins le conduisent à faire les propositions suivantes :

Proposition 1 - Pérenniser le dispositif national de surveillance de l'ensemble des EIG, complété par des données permettant d'identifier d'éventuelles inégalités sociales de risques liés aux soins

L'évaluation des objectifs de « lutte contre la iatrogénie » de la loi du 9 août 2004, telle que réalisée par le HCSP a mis en évidence la faiblesse du système d'information qui lui est consacré (en dehors de certains secteurs comme la prévention des IAS), et le caractère fragmenté des données disponibles, peu propice à donner une vision d'ensemble de cette question.

L'enquête ENEIS fait exception dans ce contexte ; sans attendre les résultats de la version 2009, il semble déterminant de chercher à pérenniser un tel dispositif, c'est-à-dire de recommander sa reconduction quinquennale, de façon à permettre d'apprécier les tendances dans le domaine des risques associés aux soins.

L'évaluation réalisée par le HCSP a également souligné l'impossibilité d'apprécier d'éventuelles inégalités sociales en matière de sécurité des soins en France, alors que l'hypothèse de telles inégalités a été vérifiée dans certains pays. Il est donc recommandé d'enrichir cette enquête de données supplémentaires portant sur les caractéristiques socio-économiques des patients pris en charge, afin de permettre une analyse des risques associés aux soins selon cette dimension. Ce complément ne doit en aucun cas altérer la standardisation des données recueillies dans les enquêtes successives, de façon à préserver la possibilité d'analyse des tendances.

Réciproquement, l'enrichissement des surveillances existantes, comme celle des IAS, de critères de gravité, voire de leur caractère évitable, est souhaitable.

Proposition 2 - Coordonner dans chaque région les dispositifs de surveillance et d'alerte des EIG associés aux soins

L'évaluation des objectifs de « lutte contre la iatrogénie » a souligné l'impossibilité d'apprécier d'éventuelles disparités régionales en matière de sécurité des soins en France, alors que d'importantes disparités de moyens et d'activité sont par ailleurs constatées dans l'offre de soins.

Par ailleurs, la loi HPST a doté les Agences régionales de santé d'une mission de veille sanitaire comportant notamment « le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires », et permettant d'organiser « la réponse aux urgences sanitaires » et « la gestion des situations de crise sanitaire », et ceci « en tenant compte des spécificités de chaque région »[124].

[124] Art. L. 1431-2, loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

La survenue des EIG peut être connue en suivant une double logique :

- un dispositif d'alerte qui valide la réalité des EIG faisant l'objet d'un signalement, vérifie que les professionnels et les établissements de santé concernés disposent des ressources et des compétences leur permettant d'appliquer les mesures correctives appropriées, et en assurer le suivi. Ces données se prêtent mal à une quantification de fréquence de survenue des EIG (recueil non exhaustif, caractère non standardisé des données recueillies) ;
- un dispositif de surveillance visant à collecter, analyser, interpréter et diffuser aux professionnels et aux établissements de santé des données sur la survenue d'EI définis à l'avance, pour apprécier la situation régionale dans le contexte national. Ici la standardisation des définitions, et l'exhaustivité recherchée des EI surveillées rendent possible une quantification.

En pratique, les multiples vigilances, ou apparentés, qui collectent et utilisent des données relatives aux EIG ne suffisent pas à constituer, au niveau de chaque région, un système d'information propre à remplir de façon générale la fonction de veille sanitaire dans le domaine des risques associés aux soins :

- le dispositif de pharmacovigilance recueille certes dans chaque région des déclarations spontanées des effets indésirables suspects d'être liés à l'utilisation de médicaments, mais il privilégie de fait les effets inhabituels ou particulièrement graves ; des enquêtes ponctuelles, comme l'enquête EMIR (cf. plus haut), doivent être organisées au niveau national pour estimer la fréquence des EI responsables d'admissions à l'hôpital, et ces enquêtes n'ont pas de représentativité régionale.
- Dans le domaine des IAS, des réseaux interrégionaux de surveillance, s'appuyant sur les antennes régionales des CClin, ont été mis en place et sont coordonnées au plan national (chirurgie, réanimation, etc.). Des enquêtes de prévalence des IAS sont organisées périodiquement.
- En matière de matériovigilance, au contraire, le niveau régional n'est pas représenté ;
- En 2006, une expérimentation de la déclaration obligatoire des EIG a été confiée à l'Institut de Veille Sanitaire[125] ; un dispositif articulé avec ceux pré-existants en matière de déclaration devrait contribuer à une simplification de ces systèmes. Une définition générale des EIG a été élaborée[126]. Cette expérimentation prévue pour durer 18 mois a débuté en 2009 dans des établissements volontaires de quatre régions. Cependant, cette expérimentation exclut les EIG impliquant des mesures de sécurité sanitaire immédiates (menace imminente pour la santé publique, risque d'exposition d'autres personnes…) et les EIG soumis à d'autres obligations de déclaration : vigilance sur les produits de santé (Afssaps), vigilance sur les activités clinique et biologique d'AMP (ABM), signalement des infections nosocomiales, déclaration des incidents et accidents par exposition aux rayonnements ionisants (ASN)[127]. Cette expérimentation devrait donc mieux couvrir certains risques, en particulier ceux associés aux actes invasifs, mais la perspective d'une coordination d'ensemble des déclarations des risques associés aux soins est encore lointaine.

Le rapprochement et la coordination, dans chaque région, des dispositifs contribuant au signalement et/ou à la surveillance des EIG, quels qu'ils soient, sont donc recommandés. Ces dispositifs coordonnés devront évidemment prendre en compte les résultats de l'expérimentation en cours. Toutefois, la recherche d'une extension de la surveillance de certains EIG semble nécessaire ; elle implique un travail méthodologique pour déterminer ses modalités : type d'EIG ou de soins particulièrement pertinents, recueil continu ou discontinu des données, recherche de médicaments ou d'actes de soins ayant valeur de « marqueurs », permettant d'identifier des tendances ou la survenue d'un problème plus général, utilisation de certains évènements « sentinelle », servant de signal d'alerte et conduisant à déclencher une investigation et une analyse, etc.

[125] Arrêté du 25 avril 2006 relatif aux modalités de l'expérimentation de déclaration des événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention autres que des infections nosocomiales.

[126] « Décès inattendu, perte permanente d'une fonction ne résultant ni de l'évolution naturelle de la maladie, ni du terrain du patient, au décours d'un acte de soins, hospitalisation en réanimation et/ou ré-intervention non programmée(s), erreur de patient, erreur de côté ».

[127] F Weber Evénements indésirables liés aux actes de soins. Expérimentation. Communication au colloque HAS – IDS 13 et 14 mars 2008.

Un compromis devrait être recherché entre une standardisation de ces méthodes pour obtenir des estimations nationales par agrégation régionale, et une certaine diversité pour adapter les surveillances à des situations régionales particulières. L'expérience des CClin peut faciliter la mise en œuvre de surveillances d'autres EIG reposant sur une méthodologie proche. Le rapprochement et la mutualisation des compétences, des méthodes, voire des moyens disponibles dans les régions devraient permettre d'appuyer assez vite les politiques régionales concernées sur des bases solides. Cette démarche devra être conduite en lien avec l'Afssaps qui assure la coordination des vigilances au niveau national.

Par ailleurs la dimension régionale de cette recommandation pourrait encourager les échanges sur ce thème entre les professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé, lieux de prescription de médicaments exposant au risque ultérieur d'EIG, et ceux des soins de ville qui peuvent prescrire des médicaments associés à des EIG conduisant à une admission.

La quantification de la mise en œuvre de cette recommandation pourrait porter sur la proportion des régions disposant au terme de 5 ans d'un dispositif permettant un signalement coordonné de l'ensemble des EIG et dotées d'un dispositif de surveillance au moins partiel des EIG. Cette information pourrait résulter d'un audit organisationnel confié à l'Igas.

Proposition 3 - Mettre en place dans les établissements de santé des dispositifs coordonnés de gestion des risques associés aux soins permettant d'identifier les facteurs en cause, en utilisant une méthodologie validée

Comme au niveau régional, la fréquence de survenue des EIG dans les établissements de santé peut être connue selon une double logique :

- un dispositif réactif d'alerte doit valider la réalité des EIG signalés, l'analyser et diffuser cette information aux équipes concernées, identifier les facteurs en cause, contribuer à la mise en œuvre de mesures correctives appropriées, en s'assurant qu'elles sont efficaces ; les données de ce dispositif proviennent d'un signalement de la part des équipes, excluant toute stigmatisation ;
- un dispositif de surveillance analysant, en routine, de façon systématique, en continu ou périodiquement, la fréquence de survenue d'EI définis *a priori*, pour apprécier son caractère élevé ou non (par comparaison avec d'autres établissements ou aux valeurs habituelles du même établissement), avec une diffusion régulière de cette information aux équipes concernées. Elle est généralement spécifique d'un type de soins (exemple : interventions chirurgicales) ou bien d'un type d'EIG (exemple : pneumopathies nosocomiales). Ici la standardisation des définitions et l'exhaustivité recherchée des EI surveillés rendent leur quantification possible, d'ailleurs à la base de la démarche. Cette méthode, mise en valeur pour la prévention des IAS dans les établissements de santé, reste très peu utilisée au-delà. Son efficacité, bien démontrée dans le champ des IAS, reste à évaluer pour d'autres EI.

Ces deux logiques ont en commun le recueil de données relatives à des EI, en particulier des EIG. Ce recueil rend possible la recherche des facteurs en cause dans la survenue de ces EIG, qu'il s'agisse d'erreurs médicales ou de défaut « système ». Cette recherche doit s'appuyer sur de méthodes validées (comme les RMM, ALARM, REMED etc.) ; lorsqu'elle est fructueuse, des actions correctrices peuvent être identifiées et permettent d'éviter la reproduction de ce type d'EIG : en ce sens, elle permet de réduire les EIG évitables. Si une définition générale, standardisée, reproductible et acceptée des EIG évitables reste à formuler, le principe d'une recherche systématique des « causes profondes » des EIG est admis, comme l'indique le critère 8f de la certification élaboré par la HAS[128].

Cette recommandation vise donc à systématiser cette recherche des causes des EIG en mobilisant les différents dispositifs concernés, notamment les différentes vigilances, qui doivent coordonner et mutualiser leurs efforts dans le cadre d'une gestion de ces risques, en partageant les mêmes méthodes. Ce cadre commun et coordonné impliquant le partage des données recueillies, doit conduire à une vue d'ensemble de la situation de l'établissement en matière d'EIG, afin de déterminer

[128] Référence manuel de certification V2010 p. 35.

les priorités propres à l'établissement et de contribuer ainsi à élaborer et suivre le programme consacré à la sécurité et la qualité des soins tel qu'il est défini dans la loi[129].

Ce dispositif coordonné, conforme aux exigences de la certification V2010 des établissements de santé, doit être articulé avec les ressources et les compétences spécialisées pour tel type de soins (comme le médicament), ou tel type d'EIG (comme les IAS), des différentes vigilances notamment pour l'analyse approfondie et pour la mise en place de mesures correctives spécifiques : il s'agit de coordonner, d'échanger des informations, de mutualiser des compétences et des méthodes, et non d'une structure unique polyvalente qui conduirait à une perte de compétence.

Par ailleurs, ce dispositif doit impérativement réunir les différentes catégories de professionnels concernés par les soins, du fait du caractère multiprofessionnel des prises en charge des patients au cours du temps.

De même que la mise en place d'une surveillance a fait la preuve de son efficacité dans la réduction d'incidence des infections nosocomiales, la mise en place de ces dispositifs coordonnés devraient faire l'objet d'une évaluation de leur aptitude à contribuer à une réduction de survenue des EIG en général.

La quantification de la mise en œuvre de cette recommandation pourrait porter sur la proportion des établissements de santé disposant d'un dispositif coordonné permettant d'analyser les causes profondes des EIG. Cette donnée, analysée par catégorie d'établissements, pourrait être extraite des rapports de certification HAS.

Proposition 4 - Développer la formation initiale et continue des professionnels de santé, consacrée aux risques associés aux soins

Le développement d'une démarche d'amélioration de la sécurité des patients commence par la formation initiale des professionnels de santé ; la définition d'objectifs pédagogiques, l'élaboration de supports d'enseignements, voire même l'organisation de séances de formation consacrées à la gestion des risques associés aux soins pourraient être mutualisées, de sorte que les futurs professionnels perçoivent très tôt à quel point la sécurité des soins est liée à leur coopération. L'universitarisation du cursus des professions de santé doit constituer une occasion d'instaurer cette mutualisation.

S'agissant des professionnels de santé en activité, selon la loi HPST, « le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins »[130]. Des actions de formation ciblées, en rapport étroit avec les objectifs spécifiques et recommandations proposés ici, devront être conduites dans toutes les catégories professionnelles concernées à partir d'un programme de formation défini au niveau national, en privilégiant des formations multiprofessionnelles. Celles-ci doivent être orientées sur les points jugés perfectibles lors de l'évaluation des pratiques réalisées par les professionnels dans les pratiques ambulatoires, lors des soins dans les établissements de santé et pour les soins impliquant une coopération ville – hôpital. La formation des prescripteurs à la prescription de médicament à marge étroite dans les populations les plus fragiles et poly-pathologiques doit être développée. Dans les établissements de santé, les points pour lesquels l'auto évaluation n'a pas été entièrement satisfaisante lors de la certification et ceux ayant fait l'objet de recommandations – sans parler évidemment de réserves – doivent constituer des priorités pour la formation.

La quantification de la mise en œuvre de cette recommandation pourrait porter sur le nombre d'actions de formation, et le nombre de professionnels en exercice concernés par ces actions.

Proposition 5 - Développer les recherches consacrées à la réduction des risques associés aux soins

[129] Art. L. 6144-1 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
[130] Art. L. 4133-1 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

A côté des recherches biologiques et de la recherche clinique, le champ des recherches sur les services de santé a été récemment investi en France par des appels à projets nationaux tels que ceux initiés par la HAS, la Cnam-TS, la DHOS (programme PREQHOS) ou plus récemment l'Iresp. Ce domaine de recherche caractérisé par sa dimension multidisciplinaire, s'intéresse aux interactions entre les usagers et les professionnels et établissements du système de soins : accessibilité, qualité, sécurité des soins délivrés en particulier. Ces initiatives restent en retrait comparativement aux pays scandinaves et anglo-saxons, telles que le reflète la littérature internationale[131]. Le renforcement de ces appels à projets, et l'incitation à la création d'équipes de recherche dans ce domaine devraient chercher à combler ce retard.

En ce qui concerne les risques associés aux soins, certains thèmes devraient être soutenus, comme par exemple :

- Les méthodes utilisables pour la gestion des risques sur le terrain ;
- Les relations entre les résultats issus des différents dispositifs d'information et de surveillance ;
- Les risques associés à certains soins ;
- La validation de définitions de la gravité des EI ;
- Les indicateurs utilisables pour la sécurité des patients ;
- L'appréciation du caractère évitable, ou non, des EI ;
- L'étude de risques mal identifiés dans des enquêtes générales comme ENEIS ;
- La surveillance combinée de multiples EI ;
- Les facteurs organisationnels et comportementaux de succès de la gestion des risques chez les professionnels de santé ;
- L'évaluation des risques d'EIG associés à des innovations techniques de soins, qui requiert une veille scientifique ;
- L'évaluation des mesures de prévention des EIG ;
- La perception et les attentes concernant les risques associés aux soins chez les usagers du système de santé ;
- Les effets économiques des risques associés aux soins, tels qu'ils résultent des coûts de la non-qualité mais aussi du bilan des réductions de coûts mais aussi des surcoûts liés à la garantie de qualité des soins ;
- Les inégalités sociales concernant la qualité et la sécurité des soins.

La quantification de la mise en œuvre de cette recommandation pourrait porter sur :

- les appels à projets organisés : nombre et ressources mobilisées,
- les réponses reçues et sélectionnées,
- les équipes nouvellement créées ou réaffectées dans ce champ de recherche.

Proposition 6 - Améliorer la connaissance des expositions de la population aux rayonnements ionisants liées aux actes de diagnostic médical.

en vue de maîtriser leur progression, qui semble inéluctable dans les pays développés, par la justification des indications et l'optimisation de leur réalisation

L'objectif 29 de la loi d'août 2004 visait à « réduire les doses d'irradiation individuelle et collective liées aux expositions médicales à visée diagnostique … »
Il n'a pu être évalué faute d'informations fiables. Cependant une étude réalisée par InVS et l'IRSN en 2002 avait permis d'estimer le nombre d'examens de radiologie entre 61 et 74 millions d'actes (dont 90% de radiologie conventionnelle et 7 à 8% de scannographie) correspondant à une dose efficace collective de 40 à 51 millions de mSv (dont 35% liés à la radiologie conventionnelle et 36 à 41% liés à la scannographie), et une dose efficace entre 0,66 et 0,83 mSv/an per caput. On ne dispose pas de données plus récentes.
Plusieurs mesures réglementaires sont intervenues dans les dernières années pour renforcer la démarche d'assurance qualité des actes d'imagerie à visée diagnostique : elles concernent la

[131] Voir par exemple des revues comme Medical Care, Health Services Research, International Journal for Quality in Health Care, Quality & safety in health care, sans parler des rubriques régulières des grandes revues cliniques.

formation des professionnels en radioprotection, les seuils de référence à utiliser, la traçabilité de l'exposition et des recommandations de bonne pratique en imagerie médicale. Leur impact n'a pas encore pu être évalué.

Sous réserve des résultats relatifs à l'exposition professionnelle, en attente, et sous réserve des résultats d'une analyse approfondie du niveau d'exposition de certains groupes particulièrement vulnérables (étude PASEPRI 2006-2007), le niveau d'exposition global de la population générale ne semble pas, *a priori*, très préoccupant.
L'estimation disponible actuellement comporte toutefois de nombreuses limites : estimation moyenne en population générale à partir de la dose cumulée, pas de répartition par sexe, âge et populations vulnérables. Aussi, la surveillance et l'optimisation des doses reçues devraient être renforcées dans certains cas plus à risque pour les patients ou les travailleurs :

- exposition des jeunes enfants, prématurés, enfants *in utero* que l'on sait particulièrement sensibles aux rayonnements ionisants ;
- expositions prolongées des patients lors des procédures interventionnelles ;
- expositions cumulées liée à la répétition d'examens, cette répétition devant être soigneusement justifiée et optimisée ;
- expositions hétérogènes et souvent élevées de certains professionnels nécessitant des techniques de surveillance particulières (dosimétrie locale).

Il est donc souhaitable d'améliorer les connaissances en la matière afin de déterminer si une observation ciblée sur certains groupes de population, autres que professionnels doit être instaurée.

Propositions d'objectifs relatifs aux pathologies

Cette rubrique aborde les objectifs ayant trait à différentes pathologies, sous l'angle de la prévention, de leur impact sur la santé ou encore de leur prise en charge.

Elle concerne principalement :

- des pathologies infectieuses aiguës ou chroniques,
- d'autres maladies chroniques : cancers, maladies cardiovasculaires, respiratoires, santé mentale …
- l'impact des pathologies sur la qualité de vie,
- des pathologies traumatiques ou liées à la violence.

Maladies infectieuses

Objectif général 1 - Diminuer l'incidence de l'infection par le VIH et l'incidence du sida

La loi de santé publique de 2004 fixait comme objectifs de « réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 habitants en 2008 et de maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue.

L'objectif visant la réduction de l'incidence des cas de sida était déjà atteint au moment de la promulgation de la loi, et la réduction s'est poursuivie. La prise en compte de ce seul indicateur est aujourd'hui remise en cause : en effet, l'évolution des cas de sida ne reflète plus celle des contaminations depuis la diffusion des traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART), et l'allongement consécutif de l'espérance de vie. La mise en place de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité en 2003 complète la surveillance du sida et permet maintenant de mesurer l'incidence du VIH (= nombre de nouvelles contaminations).
En ce qui concerne l'incidence des séroconversions VIH des usagers de drogue, la baisse se poursuit.

Par ailleurs il faut tenir compte des disparités régionales et par groupes de population : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) sont les plus touchées ainsi que certaines régions telles la Guyane et l'Ile-de-France. Concernant l'objectif de baisse de l'incidence des nouveaux diagnostics du VIH chez les usagers de drogue, celle-ci se poursuit jusqu'en 2008.

Il est primordial de poursuivre les actions de prévention visant à réduire les comportements à risque, qui restent fréquents dans certains groupes de population, notamment chez les HSH pour lesquels l'incidence du VIH est très élevée. Il faut, de plus, faire en sorte de réduire les disparités régionales majeures qui sont particulièrement manifestes en Guyane et en Ile-de-France.

La lutte contre l'infection à VIH s'inscrit dans le cadre du Programme national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2005-2008. Ses axes prioritaires en matière de lutte contre l'infection à VIH (hors IST) étaient :

- en matière de prévention :
  - réduire l'incidence du VIH dans les populations ayant des comportements à risque et dans les territoires prioritaires ;
  - maintenir une faible incidence du VIH en population générale.
- en matière de dépistage :
  - réduire le retard au dépistage du VIH
- en matière de suivi et prise en charge thérapeutique :
  - réduire l'incidence du sida de 20 % en 5 ans et la mortalité liée au sida ;
  - faciliter la prise en charge précoce ;
  - harmoniser les dispositifs et les modalités de prise en charge sur l'ensemble du territoire ;
  - améliorer la qualité de la prise en charge ;
  - lutter contre l'échec thérapeutique et les résistances.
- en matière de soutien, accompagnement des personnes atteintes et lutte contre les discriminations :
  - améliorer la qualité de vie des personnes atteintes ;
  - lutter contre les discriminations.

Depuis 2003, la déclaration obligatoire (DO) des découvertes de séropositivité VIH a permis de mieux comprendre l'épidémiologie de l'infection en France. Fin 2009, l'InVS met à disposition un nouvel indicateur encore plus précis : le taux d'incidence annuel de l'infection à VIH. Les objectifs de lutte pour la prochaine loi de santé publique prendront en compte ce nouvel indicateur.
Cet indicateur qui apporte une vision plus directe de la transmission du VIH a été obtenu à partir d'un modèle utilisant les résultats d'un test biologique développé par le Centre national de référence (CNR) du VIH. Ce test permet de distinguer parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH, les infections récentes (moins de 6 mois) de celles plus anciennes. Pour estimer l'incidence, le modèle extrapole le nombre de diagnostics classés en infection récente en tenant compte des antécédents de dépistage et du stade clinique déclarés au moment du diagnostic, ainsi que de la sous-déclaration globale du système de surveillance.
Avec ce modèle, on estime qu'environ 7 000 (IC95% : 5 400-8 500) personnes ont été contaminées par le VIH en 2008, ce qui représente 17 contaminations annuelles pour 100 000 personnes.
Avec 3 300 nouvelles contaminations VIH en 2008, les HSH sont les plus touchés (1 006 cas/10^6 HSH). Les personnes d'Afrique sub-saharienne sont aussi très touchées: 1 000 contaminations en 2008 (237/10^6). Chez les usagers de drogues injectables (UDI), des contaminations continuent à se produire (70 en 2008, soit 91 cas/10^6 UDI). Les personnes françaises contaminées par rapports hétérosexuels sont environ 2 000 en 2008 (5 cas/10^6).

<u>Sous-objectif général 1-1 : poursuivre la réduction de l'incidence de l'infection par le VIH dans la population générale, en ciblant tout particulièrement les régions les plus touchées et les populations les plus à risque</u>

Le nombre de nouvelles infections (incidence VIH) a diminué au cours des cinq dernières années, passant de 9 000 à 7 000 contaminations entre 2003 et 2008. Cette baisse concerne principalement les personnes contaminées par voie hétérosexuelle, françaises et étrangères, alors qu'au contraire une stabilisation est observée dans la population des HSH, qui est la plus touchée.
Compte tenu de l'épidémiologie de l'infection, il est aujourd'hui nécessaire de rechercher une nouvelle dynamique de baisse de l'incidence, en ciblant tout particulièrement les populations les plus à risque.

<u>Objectifs spécifiques</u>

OS 1-1-1 : réduire de 10 % au moins, en 5 ans, dans les populations des régions les plus touchées (Ile-de-France et départements français d'Amérique), l'incidence des infections par le VIH

Le taux d'incidence n'étant pas disponible au niveau régional, les seuls chiffres disponibles sont les découvertes de séropositivité.
En l'absence d'outil idéal, l'objectif sera donc établi à partir du taux de découverte de séropositivité. Ces taux s'échelonnent en 2008 de 31 à 83 par million d'habitants selon les régions, hormis pour la Martinique (223), l'Ile-de-France (265), la Guadeloupe (425) et la Guyane (1 146).
Une baisse durable sur plusieurs années de ces taux dans chacune de ces régions sera recherchée (cf. tableau).

OS 1-1-2 : réduire de 20 %, en 5 ans, pour chacun des différents modes de contamination, l'incidence des infections par le VIH

Cet objectif vise chacun des différents modes de contamination (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; hétérosexuels masculins et féminins étrangers ; hétérosexuels masculins et féminins français ; usagers de drogues).

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
Déclaration obligatoire de séropositivité au VIH	InVS	2008	Taux de découverte de séropositivité par million d'habitant (selon zones géographiques)	Ile-de-France : 265 Guyane : 1 146 Guadeloupe : 425 Martinique : 223	Statistique annuelle
Déclaration obligatoire de séropositivité au VIH	InVS	2008	Taux d'incidence du VIH pour 100 000 (selon modes de contamination)	Hommes homosexuels : 1 006 Hétérosexuels français : 5 Hétérosexuels d'origine étrangère : 237 UDI : 91	Statistique annuelle

Sous-objectif général 1-2 : réduire le nombre d'infections par le VIH passant au stade sida

Le premier motif de dépistage en 2008 reste la présence de signes cliniques ou biologiques liés au VIH (35 %). L'exposition au VIH (25 %) ne vient qu'ensuite[132]. Ce retard au dépistage constitue une perte de chance pour le patient. Il constitue de plus un risque pour son entourage qui doit bénéficier également d'un dépistage précoce si nécessaire. Depuis 2003, date de la mise en place de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité, il est apparu que la proportion de personnes qui découvrent leur séropositivité au stade sida était très élevée de même que la proportion de celles qui ont déjà une atteinte de leur capacité immunitaire (50% ont déjà moins de 350 CD4/mm^3, en 2008).

Objectifs spécifiques

OS 1-2-1 : réduire de 50 %, en 5 ans, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade sida

Les données publiées par l'InVS pour 2008, font état de 13 % de stade sida parmi les découvertes de séropositivité pour l'ensemble des cas (24 % en 2003), 8 % parmi les personnes contaminées par rapports homosexuels, 18 % parmi les personnes françaises contaminées par rapports hétérosexuels et 17 % parmi les personnes étrangères contaminées par rapports hétérosexuels.
Les hommes hétérosexuels semblent être la population où la découverte de la séropositivité au VIH intervient le plus souvent au stade sida (21 % en 2008) et chez laquelle le dépistage précoce doit être particulièrement renforcé.

Cet objectif permet d'évaluer l'efficacité des recommandations de la HAS parues en octobre 2009 sur le dépistage élargi de l'infection par le VIH, et d'évaluer l'accès au système de soins des patients en situation précaire.

OS 1-2-2 : réduire de 20 % au moins, en 5 ans, l'incidence du sida

Le nombre de nouveaux cas de sida est de 1 550 en 2008. Après une longue période pendant laquelle le nombre de nouveaux cas de sida n'a cessé de diminuer, il s'est stabilisé en 2007 et 2008 autour de 1 500 cas par an.

[132]Institut de veille sanitaire. BEH-web 2009, n°2, http://www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/pdf/n2.pdf

OS 1-2-3 : réduire de 20 % au moins, en 5 ans, la mortalité liée au sida

Le nombre de décès chez les patients suivis pour un sida semble se stabiliser.
Un dépistage plus précoce devrait permettre de diminuer l'incidence du sida, et une meilleure prise en charge de faire baisser la mortalité.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
Déclaration obligatoire VIH	InVS	2008	Proportion de personnes découvrant leur séropositivité au stade sida	13 %	Statistique annuelle
Causes médicales de décès	CepiDC-Inserm	2007	Mortalité liée au sida	728 en 2007, baisse de 20 % en 4 ans	Statistique annuelle
Déclaration obligatoire sida	InVS	2008	Nombre de nouveaux cas	1 500	Statistique annuelle

Objectif général 2 - Réduire l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST) dans la population générale, en ciblant plus particulièrement les personnes ayant des comportements à risque

La loi de santé publique d'août 2004 prévoyait un certain nombre d'objectifs ciblés sur des maladies à transmission sexuelle : infections à VIH, hépatites B, gonococcies, syphilis, chlamydioses et infections à HSV2. Par ailleurs, certains des objectifs de la loi avaient un rapport indirect avec ces infections : couverture vaccinale, cancer du col de l'utérus notamment.

En ce qui concerne spécifiquement les infections sexuellement transmissibles (IST), l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique laisse transparaître une probable augmentation de la fréquence de ces maladies. La lutte contre ces maladies repose sur la prévention primaire, à travers la réduction des comportements à risque dans la population et la prévention secondaire avec le diagnostic précoce, le dépistage, le traitement des patients et de leur(s) partenaire(s).

Concernant les actions relatives aux IST, la tendance des pouvoirs publics est de regrouper les efforts de dépistage et de prévention primaire autour de centres fédératifs de maladies transmissibles associant les centres de dépistages des IST (CIDIST) et les centres de dépistage du VIH (CDAG). Il semble nécessaire de maintenir, d'une part un dispositif d'expertise et de compétence pour le dépistage et le *counselling* (ou entretien d'information-conseil), d'autre part de rappeler l'importance de tous les professionnels dans le dépistage des IST, notamment par leur plus grande proximité avec les personnes, et donc leur plus grande aptitude à repérer des comportements à risque.

Le concept de santé sexuelle est développé par l'OMS depuis 2002. Cette notion, encore peu utilisée en France, est abordée dans un paragraphe dédié inséré dans la rubrique « populations spécifiques » de ce rapport.

Sous-objectif général 2-1 : réduire la fréquence des différentes IST

L'évaluation des objectifs 41 et 43 de la loi de santé publique a mis en évidence une tendance à l'augmentation du nombre de gonococcies, de syphilis et de chlamydioses, ainsi qu'une absence d'action relative au dépistage systématique des femmes à risque de chamydioses, surtout en médecine libérale.

Les données étant fournies par les réseaux de laboratoires ou les centres hospitaliers ou de dépistage des IST volontaires, l'évolution ne peut être mesurée qu'en nombre de cas.

Objectifs spécifiques

OS 2-1-1 : réduire la prévalence de la gonococcie

L'incidence des gonococcies augmente régulièrement depuis 1996. Elles touchent en majorité les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (65% des cas), les hétérosexuels masculins et féminins représentant 28 % et 7 % des cas en 2008[133]. L'Ile-de-France est la région prédominante en nombre d'infections à gonocoque puisqu'elle regroupe 68 % des cas.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
Renago (système de surveillance sentinelle)	Réseau de biologistes volontaires	2007	nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif et par an	Moyenne : 3,3 Ng/lab IdF : 9,6 Ng/lab	Statistique annuelle

OS 2-1-2 : réduire, dans les populations à risque, l'incidence de la syphilis

Suite à une réémergence en 2000, le nombre de cas de syphilis a rapidement augmenté mais semble stable depuis 2002 (à sites participants constants). Elle concerne essentiellement les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (82 % des cas déclarés), les hétérosexuels masculins et féminins représentant respectivement 13 % et 5 % des cas en 2008. La majorité des cas de syphilis a été notifiée en Ile-de-France, mais on observe une augmentation régulière du nombre de cas en province[134]. En 2007, la HAS a publié des recommandations sur la stratégie de dépistage[135].

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
ResIST (système de surveillance sentinelle)	Réseau de cliniciens volontaires (++ Ciddist)	2007	Nombre de cas de syphilis précoces de moins de 1 an selon trois stades cliniques (primaire, secondaire et latente)	599 cas dont : Primaires : 23 % Secondaires : 42 % Latentes : 35 %	Statistique annuelle

[133] Données 2004 des réseaux sentinelles ResIST, InVS.
[134] cf note 108.
[135] Evaluation a priori du dépistage de la syphilis en France, HAS. 2007

GERS	InVS	2007	Nombre annuel de boîtes d'Extencilline® 2,4 MUI vendues		Statistique annuelle

OS 2-1-3 : réduire la prévalence des chlamydioses et des infections à HSV

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
Renachla (système de surveillance sentinelle)	Réseau de biologistes volontaires	2007	Prévalence de l'infection à chlamydia	Nombre de sérologies : H 335/ F 733 Nombre de diagnostics positifs : H 17/ F 34 Taux de positivité : 5 %	Statistique annuelle

<u>Sous-objectif général 2-2 : réduire les comportements à risque de transmission des IST</u>

<u>Objectifs spécifiques</u>

OS 2-2-1 : obtenir, dans la population générale, en 5 ans, plus de 80 % d'utilisation du préservatif lors des rapports avec un nouveau partenaire

Les enquêtes sur le comportement sexuel des Français ont montré que le préservatif est largement utilisé par les jeunes au moment de l'entrée dans la sexualité. Ainsi, 89% des femmes et 88% des hommes âgés de 18 à 24 ans ont utilisé un préservatif au premier rapport sexuel[136]. L'utilisation du préservatif est toutefois beaucoup moins fréquente chez les personnes qui commencent une relation avec un nouveau partenaire ou chez celles qui ont eu au moins deux partenaires dans les douze derniers mois. Cependant, les personnes ayant eu trois partenaires dans les douze derniers mois avaient plus souvent utilisé le préservatif. Ceci suggère la nécessité de préciser les actions de prévention des IST vis-à-vis des adultes qui peuvent se sentir moins concernés que les jeunes.

[136] Enquête CSF 2006.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
Enquête KABP Sida	ORSIF/ INPES	2004	Utilisation du préservatif au cours de la dernière année	Métropole : 77 % Antilles/Guyane : 71 % Originaires d'Afrique sub-saharienne : 82 %	2010
Enquête sur le contexte de la sexualité en France (CSF)	Inserm – Ined	2006	Personnes n'ayant jamais utilisé de préservatif au cours des douze derniers mois et ayant eu de nouveaux partenaires dans l'année	H avec 1 nouveau partenaire : 28,3 % F avec 1 nouveau partenaire : 34,3 %	2010

OS 2-2-2 : augmenter en 5 ans, dans la population générale, la proportion de personnes ayant réalisé un test de dépistage du VIH avant l'arrêt du préservatif, au cours de la dernière année

Si une personne sur deux environ a fait un test de dépistage dans sa vie en 2006, c'est seulement 11 % qui en ont pratiqué un au cours des douze derniers mois[137]. Cette pratique est liée à l'activité sexuelle : ainsi 26 % des personnes ayant déclaré plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois ont réalisé un test, contre seulement 10 % des personnes monopartenaires. Il est ainsi essentiel de diffuser l'importance de cette pratique également au moment de la stabilisation d'une relation.
L'objectif sera quantifié en fonction des résultats de l'étude KABP métropole 2010 en cours.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
KABP métropole 2010	ORSIF / INPES	2010	Proportion de personnes ayant réalisé un test de dépistage du VIH avant l'arrêt du préservatif au cours de la dernière année	A déterminer	A définir

<u>Objectif général 3 - Prévenir et dépister plus précocement les infections par les virus des hépatites B et C</u>

La loi de santé publique d'août 2004 fixait comme objectifs de réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008.

[137] Enquête CSF 2006, Baromètre santé 2005.

L'évolution de cet objectif n'a pu être mesurée. L'indicateur répondant à la mesure de l'objectif a été mis au point après la mise en œuvre de la loi, et l'on dispose seulement d'une première mesure dans le rapport de suivi des objectifs 2008 publié par la Drees. Or le renouvellement régulier de l'enquête fournissant ces résultats n'est pas envisageable. Le suivi du taux de mortalité sur une période quinquennale n'apparaît pas pertinent pour une pathologie d'évolution longue (plusieurs décennies) et est soumis à la variation de la population de référence (nombre de personnes dépistées) qui est en augmentation, du fait d'une politique active en ce sens ; il est en outre d'autant moins approprié que les progrès thérapeutiques permettent de plus en plus d'obtenir une rémission[138] ou une guérison de la maladie[139].

Les enjeux concernant les hépatites virales se situent au niveau de la prévention (par la vaccination pour l'hépatite B), du dépistage des infections et de leur suivi médical régulier. Ainsi les cinq axes stratégiques du nouveau plan de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 sont : la réduction de la transmission des virus des hépatites B et C, le renforcement du dépistage des hépatites B et C, le renforcement de l'accès aux soins en privilégiant l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatite chronique B et C, la mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral et l'amélioration de la surveillance et des connaissances épidémiologiques.

L'évolution naturelle des infections par les virus des hépatites B et C conduit une partie des patients à une hépatite chronique et au décès. Les traitements antiviraux des hépatites B et C permettent de modifier maintenant cette évolution. Lorsque ces traitements n'ont pas permis une évolution favorable, la greffe hépatique est l'ultime recours permettant la survie de patients ayant atteint le stade d'hépatite chronique. Cependant, comme c'est le cas pour la transplantation d'organe en général, l'accès en reste limité malgré l'adoption de mesures dérogatoires visant à augmenter le nombre de donneurs.

Objectifs spécifiques

OS 3-1 : augmenter de 25 % au moins, en 5 ans, la proportion de personnes dépistées parmi les personnes infectées par les virus des hépatites virales B ou C

Parmi les 650 000 personnes infectées par les virus B et C, seulement la moitié a été dépistée (44,8 % connaissent leur statut pour l'hépatite B ; 57,4 % pour l'hépatite C[140]). Face aux progrès thérapeutiques majeurs de ces dernières années (on guérit maintenant plus de 50 % des hépatites C et un contrôle, avec arrêt de la multiplication virale, est assuré dans 80 % des cas d'hépatite B), l'absence de reconnaissance de ces infections est associée, pour le patient et son entourage (qui doit être protégé), à une perte de chance qui n'est pas acceptable. Pour être plus efficace, la pratique du dépistage doit être aujourd'hui plus spécifiquement orientée vers certains groupes non initialement ciblés et chez lesquels les études épidémiologiques ont montré une prévalence élevée de l'infection (personnes en situation de précarité, migrants originaires de pays de forte endémie, détenus). Chez les usagers de drogue, le niveau de séroprévalence de l'hépatite C reste particulièrement élevé et la persistance de comportements à risque (incluant l'usage de drogue par voie nasale) peut être responsable d'une contamination alors même qu'un dépistage antérieur négatif a pu être jugé rassurant. Tant que persistera l'exposition au risque, la répétition régulière des tests de dépistage sera proposée. En matière de dépistage, les objectifs quantifiés du plan 2009-2012, dans les trois ans, sont de passer de 57 à 80 % de personnes dépistées pour l'hépatite C et de 45 à 65 % pour l'hépatite B[141].

[138] Dans 80 % des hépatites B traitées.
[139] Dans 50 % des hépatites C traitées, dont 90 % dans certains sérotypes.
[140] Surveillance et prévention des hépatites B et C en France. BEH 2009 ; 20-21.
[141] Dhumeaux D. Éditorial, Un nouveau plan. BEH 2009 ; 20-21.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
DO Hépatites B aiguës	InVS	2004-2007	Cas symptomatiques et asymptomatiques annuels moyens (après prise en compte de l'exhaustivité de la DO) : 2578 soit une incidence réelle de 4,1 cas pour 100 000 [IC 95 % : 3,7-4,5]	Statistique annuelle
Enquête *ad hoc*	InVS	2004	Prévalence de l'AgHBs : 0,65 % soit 280 821 personnes touchées dont seules 44,8 % connaissent leur statut	2014
Enquête *ad hoc*	InVS	2004	Prévalence des anticorps anti-VHC : 0,84 % soit 367 055 personnes ayant été en contact avec le VHC dont 57,4 % connaissent leur statut	2014

OS 3-2 : chez les enfants âgés de 24 mois, atteindre une couverture vaccinale (CV) de 80 % pour la primovaccination complète par le vaccin de l'hépatite B

Depuis 2004, année où les données agrégées issues des certificats de santé montraient une CV pour trois doses de 29 % à 24 mois, la CV a progressé de manière significative atteignant 42 % en 2007, avant même le remboursement du vaccin hexavalent. D'après des données extraites de l'échantillon permanent des bénéficiaires de l'assurance maladie (EPB), la couverture pour la 1ère dose du vaccin de l'hépatite B a fortement augmenté chez les enfants nés en 2008, à la suite du remboursement du vaccin hexavalent au mois de mars 2008, passant de 22 à 56 % pour les enfants nés respectivement en 2004 et 2008. Le recul est à ce jour insuffisant pour estimer la couverture vaccinale pour les 3 doses de vaccination depuis 2008 (Données InVS et CnamTS non publiées). Ces évolutions récentes semblent indiquer une franche reprise de la vaccination, qu'il convient de soutenir dans le cadre d'une campagne d'information ciblant les parents d'enfants en bas âge, principale cible du programme.

OS 3-3 : chez les adolescents âgés de 15 ans, atteindre une CV de 75 % pour la vaccination contre l'hépatite B

Les résultats de la dernière enquête triennale en classe de troisième (2003-2004), révèlent un taux de couverture vaccinale de l'hépatite B (3 ou 4 doses) de 42,4%. Une nouvelle enquête réalisée en 2008-2009 permettra d'actualiser ces chiffres, mais les données ne sont pas encore disponibles.
Le niveau de CV reste encore très insuffisant, d'autant qu'à cet âge les adolescents commencent à être exposés au risque de transmission.

Objectif général 4 - Réduire l'incidence et la prévalence de la tuberculose dans la population générale et dans les groupes et zones les plus à risque

La baisse d'un tiers de l'incidence déclarée entre 1994 et 2003, puis la stabilisation globale entre 2004 et 2007, suggèrent que l'objectif de la loi de santé publique est atteint (entre 9,0 et 8,9 pour 100 000 en 2007)[142]. Toutefois :

- deux régions se situent encore très au-dessus de la moyenne nationale, l'Ile-de-France (risque multiplié par 2 en 2007) et la Guyane (risque multiplié par 2,6) ;
- deux groupes sociaux sont particulièrement à risque : les migrants (44% des cas déclarés

[142] Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007. BEH 2009;12-13 : 106-9.

en 2007) surtout ceux originaires de pays à forte endémie tuberculeuse, comme ceux d'Afrique sub-saharienne et les personnes sans domicile fixe ;
- la tuberculose multirésistante reste un sujet de préoccupation et quoique très rare (2,2% en 2007) marque une légère augmentation.

Ces points nécessitent de maintenir la lutte contre la tuberculose dans la liste des objectifs nationaux de santé publique, d'autant que la politique nationale de lutte contre la tuberculose a été modifiée en 2007 (levée de l'obligation vaccinale universelle, re-centralisation de la lutte, mise en œuvre d'un programme national de lutte contre la tuberculose-PNLT)[143].

La réorganisation territoriale de la lutte contre la tuberculose a permis de poursuivre la baisse de l'incidence de la maladie en dépassant l'objectif initial. Mais les disparités sociales et régionales de l'incidence invitent à poursuivre la mise en place d'actions ciblées.
Ainsi, le dépistage des nouveaux migrants en provenance de pays à forte endémie tuberculeuse doit être intensifié et réalisé le plus tôt possible après l'arrivée en France. Mais les données de la déclaration obligatoire (DO) de 2007 montrent que, parmi les personnes nées à l'étranger et ayant fait l'objet d'une DO, 37 % étaient arrivées en France depuis dix ans ou plus. Ceci montre l'importance, en sus du dépistage à l'arrivée, de renforcer également le dépistage et l'accès aux soins des migrants après l'entrée sur le territoire. Les enquêtes de dépistage autour des cas contagieux doivent être systématisées. Un traitement antituberculeux préventif doit être instauré lorsqu'une infection tuberculeuse latente (ITL) …) est diagnostiquée (en tenant compte de l'âge, du caractère récent de l'infection).
D'autre part, l'incidence parmi les personnes sans domicile fixe en France est encore plus élevée.
En outre, afin de prévenir les rechutes et la sélection de bacilles résistants, l'observance du traitement est un enjeu majeur. La déclaration obligatoire des issues de traitement a été mise en place en 2007 et devrait permettre de mesurer cette dimension.
Enfin, la vigilance s'impose pour maintenir une vaccination par le BCG dans les populations et les régions les plus à risque, dans le contexte de la suppression de l'obligation vaccinale en population générale.

Les objectifs généraux du programme national de lutte contre la tuberculose sont ceux de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 : consolider la diminution de l'incidence de la tuberculose maladie et réduire les disparités. Le programme se veut un outil structurant, organisé en six axes et qui décline les grands principes de la lutte antituberculeuse dans la réalité française :

Axe 1. Assurer un diagnostic précoce et un traitement adapté pour tous les cas de tuberculose maladie ;
Axe 2. Améliorer le dépistage de la tuberculose ;
Axe 3. Optimiser la stratégie vaccinale par le BCG ;
Axe 4. Maintenir la résistance aux antibiotiques à un faible niveau ;
Axe 5. Améliorer la surveillance épidémiologique et les connaissances sur les déterminants de la tuberculose ;
Axe 6. Améliorer le pilotage de la lutte antituberculeuse.

L'analyse de l'objectif intégré dans la précédente loi, les axes du PNLT et les données les plus récentes conduisent à proposer pour la prochaine loi deux objectifs généraux concernant la lutte contre la tuberculose, déclinés par tranche d'âge, par groupes à risque ou par zones de forte incidence. Ils sont assortis d'objectifs spécifiques, dont la réalisation se conçoit dans une perspective de prolongation du PNLT. Une recommandation générale est faite en harmonie avec les axes du PNLT.

[143] Paty M-C. L'organisation de la lutte antituberculeuse et la mise en œuvre du programme de lutte contre la tuberculose en France. BEH 2009; 12-13 : 117-9.

Sous-objectif général 4-1 : poursuivre la réduction de l'incidence de la tuberculose dans la population générale, en ciblant tout particulièrement les régions les plus touchées

Si l'objectif de stabilisation de l'incidence entre 2004 et 2008 est atteint, rien ne permet de penser qu'une incidence moyenne de 8 à 9 cas pour 100 000 habitants constitue un niveau qui ne peut être amélioré à l'avenir (il est d'environ 5 pour 100 000 en Amérique du Nord). De plus, il est probable que la mise en œuvre du PNLT depuis 2007 génère une meilleure déclaration des cas.

Il est donc proposé des objectifs de réduction différenciés entre les zones de forte incidence et les autres.

Objectifs spécifiques

OS 4-1-1 : atteindre en 5 ans en métropole (hors Ile-de-France) et dans les départements d'outre-mer (hors Guyane), une incidence moyenne de 6 cas pour 100 000 habitants

Ce taux d'incidence est déjà atteint en 2007 dans dix régions de métropole et deux DOM (données de 2007). Il est très proche de l'être dans trois régions de métropole (inférieur à 7). Ces taux peuvent paraître faibles, mais il faut prendre en compte, d'une part, la faible durée de la loi de santé publique au regard de la dynamique de l'endémie et, d'autre part, le fait que la dynamique créée par le PLNT a pour effet indésirable, mais classique, d'améliorer le taux de déclaration des cas. Cette dynamique doit pouvoir être capitalisée sur plusieurs années pour atteindre cet objectif.

OS 4-1-2 : atteindre en Ile-de-France, en 5 ans, une incidence de 12 cas pour 100 000 habitants

Il s'agit de réduire en cinq ans d'environ 1/3, l'incidence dans la région métropolitaine la plus peuplée et la plus affectée par l'endémie tuberculeuse.

OS 4-1-3 : atteindre en Guyane, en 5 ans, une incidence de 15 cas pour 100 000 habitants

Il s'agit de réduire en cinq ans d'environ 1/3, l'incidence dans la région d'outre-mer la plus affectée par l'endémie tuberculeuse.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence (pour 100 000)	Année
Déclaration obligatoire tuberculose	InVS	2007	France : 8,9 Ile-de-France : 18,4 Guyane : 23,3	Statistique annuelle

Sous-objectif général 4-2 : réduire l'incidence de la tuberculose dans les populations les plus à risque

En accord avec les axes 1 et 2 du PNLT, deux populations nécessitent une attention plus particulière : les migrants, dans les premières années de leur installation en France, période où leur taux d'incidence est 15 à 25 fois plus élevé que la moyenne en population générale ; les personnes sans domicile fixe, dont le taux d'incidence est environ 20 fois plus élevé que la moyenne.
Cette réduction passe par une information, la vaccination, un dépistage des tuberculoses maladies et des tuberculoses latentes ainsi que par une prise en charge, plus personnalisée, de ces populations.

Objectifs spécifiques

OS 4-2-1 : réduire de 20 %, en 5 ans, chez les migrants présents depuis moins de 2 ans sur le territoire, l'incidence de la tuberculose

Il s'agit d'atteindre un taux d'incidence de 190 000 cas pour 100 000 chez les migrants présents depuis moins de deux ans.

OS 4-2-2 : réduire de 20 %, en 5 ans, chez les personnes sans domicile fixe, l'incidence de la tuberculose

Il s'agit d'atteindre un taux d'incidence de 175 cas pour 100 000 chez ces personnes par un dépistage et une prise en charge plus personnalisée de ces populations.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence (pour 100 000)	Année
Déclaration obligatoire Tuberculose	InVS	2007	Migrants depuis moins de 2 ans : 238 Personnes sans domicile fixe : 220	Statistique annuelle

OS 4-2-3 : chez les enfants à risque élevé de tuberculose, atteindre une couverture vaccinale par le BCG supérieure à 90 %

La levée de l'obligation vaccinale survenue en 2007 s'accompagne de la recommandation de vacciner les enfants nés dans des groupes à haut risque principalement définis comme : vivre en région Ile-de-France ou Guyane, être né en zone à risque, être né de parent né en zone à risque.
Les nouveaux certificats de santé du 24e mois (CS24) qui intègrent la variable « enfant à risque » permettront de mesurer cet indicateur à la condition que leur mise en circulation ne soit pas retardée.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Certificats de santé	InVS	A définir	Couverture vaccinale BCG des enfants appartenant à des groupes cibles de la vaccination	

<u>Sous-objectif général 4-3 : améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients</u>

Objectifs spécifiques

OS 4-3-1 : atteindre chez les patients de moins de 60 ans traités pour tuberculose maladie, 85 % de succès thérapeutiques

Il s'agit d'atteindre le taux de performance fixé par l'OMS qui est le garant d'un contrôle des rechutes et d'une limitation de la diffusion de souches devenues résistantes. L'OMS ne vise ce taux que dans le groupe des nouveaux patients bacillifères avérés. En France, la DO, qui fournit l'outil de mesure de l'atteinte de l'objectif, concerne toutes les formes cliniques de tuberculose, et en particulier les formes non contagieuses pour lesquelles le non-succès n'a pas de conséquence collective. Par ailleurs l'atteinte de ce taux de performance est moins aisée chez les personnes âgées (en particulier du fait des décès intercurrents en cours de traitement). Il semble donc raisonnable de ne viser le seuil préconisé par l'OMS que chez les moins de 60 ans.
Cet objectif permet d'évaluer partiellement l'axe 1 du PNLT.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Surveillance des issues de traitement	InVS		Système mis en place en 2007, données à venir	Statistique annuelle

Objectif général 5 - Améliorer la couverture vaccinale de la population, conformément aux recommandations du calendrier vaccinal

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clés pour le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses.
Conformément à la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique[144], la politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du HCSP.
Le calendrier vaccinal, proposé par le HCSP au ministre, fixe les vaccinations obligatoires ou recommandées applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge. Il résume les recommandations vaccinales, qu'elles soient nouvelles ou déjà existantes, en direction de la population générale, des populations présentant des risques accrus de complications, d'exposition ou de transmission ainsi qu'en direction des professionnels.

La diffusion et l'information des recommandations vaccinales se font par :
- le calendrier vaccinal publié chaque année (BO, BEH, site internet du ministère de la santé),
- le guide des vaccinations, remis à jour régulièrement (dernière mise à jour en 2008 - INPES),
- des campagnes de promotion de la vaccination (INPES, assurance maladie),
- la semaine européenne de la vaccination en lien avec l'OMS Europe qui se déroule chaque année depuis 2007,
- des initiatives professionnelles telles que la formation médicale continue (1 des 5 thèmes prioritaires).

Les résultats d'un programme de vaccination s'évaluent non seulement par la surveillance de l'incidence des maladies cibles, l'évaluation des données sérologiques, la pharmacovigilance des vaccins, mais aussi par la mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population générale et/ou dans les groupes et zones les plus exposés et la mesure de l'adhésion sociale à cette stratégie de prévention.
Le suivi des maladies en voie d'élimination (poliomyélite, diphtérie…) doit permettre d'identifier rapidement toute diminution de couverture vaccinale pouvant conduire à la résurgence de ces maladies.
L'évaluation de l'objectif, qui visait l'obtention d'un taux de couverture de 95% aux âges appropriés, a montré qu'il était partiellement atteint, avec comme points faibles chez l'enfant un niveau particulièrement bas des vaccinations ROR et hépatite B. A l'adolescence, la couverture vaccinale reste insuffisante.
Chez les adultes, la persistance de cas sporadiques de tétanos (notamment chez les personnes âgées), ainsi que l'augmentation des voyages vers les pays où persistent des cas de poliomyélite, rendent nécessaires une connaissance précise de la couverture vaccinale des jeunes adultes, des adultes et le rattrapage ou l'entretien de la vaccination de ces tranches d'âge.

[144] Article L.3111-1 du Code de la santé publique.

De nouveaux vaccins ont été récemment introduits dans le calendrier vaccinal national (contre les infections à pneumocoque, à papillomavirus, à méningocoque) et leur taux de couverture mérite d'être surveillé.

Il est donc proposé de décliner cet objectif général en taux de couverture à atteindre selon les types de vaccins, les classes d'âge et parfois les groupes cibles. **Les seuils proposés pour l'ensemble des objectifs vaccinaux sont les niveaux minima à atteindre, sans considération de délai de réalisation. Il n'est donc jamais précisé d'échéance temporelle pour l'atteinte de ces objectifs.**

Les vaccinations contre l'hépatite B et la tuberculose sont traitées dans les chapitres correspondant à ces pathologies.

Sous-objectif général 5-1 : atteindre un très haut niveau de couverture vaccinale (CV) chez les enfants âgés de 24 mois pour l'ensemble des valences recommandées

A l'âge de 2 ans, les principales vaccinations doivent avoir été réalisées. Elles sont inscrites sur le certificat de santé du 24e mois.

Objectifs spécifiques

OS 5-1-1 : atteindre, chez les enfants âgés de 24 mois, une CV de 95 % pour l'injection du 1er rappel des vaccins diphtérique, tétanique, coquelucheux et poliomyélitique
La CV concernant les 3 premières injections de ces vaccins, dépasse 95 % en France depuis plus de 10 ans (98 % en 2007, Drees) ce qui est le niveau généralement estimé comme souhaitable.
En revanche, l'injection de premier rappel, nécessaire à une protection durable, n'est réalisée que chez 91 % des enfants (données 2007, en légère augmentation par rapport à 2004 : 89 %).

OS 5-1-2 : atteindre, chez les enfants âgés de 24 mois, une CV de 95 % pour les trois injections de la primovaccination et le premier rappel par le vaccin de l'Haemophilus influenzae b
La CV de cet ensemble de primo-vaccination et rappel se situe à 89 % en 2007. Le différentiel par rapport à la CV du DTCaP devra disparaitre avec la généralisation des vaccins multivalents.

OS 5-1-3 : atteindre, chez les enfants âgés de 24 mois, une CV de 90 % pour un schéma de vaccination complet (primovaccination et rappel) par le vaccin anti-pneumococcique conjugué
Comme cette vaccination a été récemment introduite au calendrier vaccinal, le taux de CV ne peut encore être évalué à travers les certificats de santé du 24e mois. Cependant, les analyses réalisées par l'InVS à partir des données de remboursement de vaccins fournies par la CnamTS (Echantillon Généraliste des Bénéficiaires - EGB) montrent une couverture vaccinale en progression. En effet, la couverture vaccinale à 12 mois (pour trois doses de vaccin selon l'ancien schéma vaccinal) était de 60 % pour les enfants nés en 2005, de 73 % pour ceux nés en 2006 et de 80 % pour ceux nés en 2007. Elle était de 46 % (enfants de 2005) et de 59 % (2006) pour trois doses + rappel selon l'ancien schéma vaccinal, à l'âge de 24 mois.

OS 5-1-4 : atteindre, chez les enfants âgés de 24 mois, une CV de la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole :
- *de 95 % pour la 1re injection*
- *de 80 % pour la 2nde injection*

Seul un taux de CV de la première injection au moins égal à 95 % permettrait l'arrêt de circulation du virus de la rougeole, responsable de flambées épidémiques. En France, en 2007, ce taux était en légère progression, à 90 % (données 2004 : 87 %).
La deuxième injection est indispensable pour obtenir un arrêt durable de la circulation du virus de la rougeole. Ce taux de CV pour la seconde dose était de 44 % à 6 ans d'après les données de l'enquête

triennale de santé scolaire 2005-2006, en progression par rapport aux données de l'enquête précédente (28 %) réalisée en 2002-2003 chez les enfants du même âge (données Drees-Desco-InVS).

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Certificats de santé	InVS	2007	Couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite (3 injections + rappel) : 91,2 % Haemophilus influenzae b (3 injections + rappel) : 88,9 % ROR (1ère injection) : 90% - moyenne des 3 valences	Statistique annuelle
Remboursements de vaccins (EGB)		Cohorte 2006	Anti-pneumococcique (3 injections) : 73% à 12 mois (3 injections + rappel) : 59 % à 24 mois Hépatite B (3 injections) : 41,9 %	
Enquête scolaire		GS maternelle 2005-2006	Rougeole (1ère injection) : 93,3 % Rougeole (2e injection) : 44,3%	

OS 5-1-5 : chez les enfants âgés de 24 mois, atteindre une CV supérieure à 90 % pour la vaccination contre les infections invasives à méningocoque C

Cette vaccination introduite dans le calendrier vaccinal des enfants en 2010 devra faire l'objet d'une campagne d'information et de promotion pour atteindre ces objectifs. Une modification du certificat de santé du 24e mois devra être réalisée pour permettre la mesure de l'atteinte de l'objectif.

Sous-objectif général 5-2 : atteindre un très haut niveau de couverture vaccinale (CV) chez les adolescents pour l'ensemble des valences recommandées

Objectifs spécifiques

OS 5-2-1 : atteindre, chez les adolescents âgés de 15 ans, une CV de 95 % pour les vaccinations complètes (avec les rappels prescrits à cet âge) contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, les oreillons, la rubéole

Les résultats de la dernière enquête triennale réalisée en 2003-2004 en collège parmi les adolescents en classe de troisième, révèlent les taux de couverture suivants : DTP (au moins six doses) 80,5%, coqueluche (au moins cinq doses) 57,4 %, rougeole (deux doses) 65,7%, rubéole (deux doses) 65,5 %, oreillons (deux doses) 61,1 %.

Ces chiffres montrent des couvertures très insuffisantes pour la deuxième dose de rougeole et le rappel de coqueluche de la préadolescence. Il y a globalement une nette dégradation de la CV à l'adolescence par rapport à la tranche d'âge précédente pour toutes les valences.

OS 5-2-2 : atteindre, chez les enfants, adolescents et jeunes adultes, une CV supérieure à 90 % pour le rattrapage de la vaccination contre les infections invasives à méningocoque C

L'obtention rapide d'une CV supérieure à 90 % dans la population des enfants âgés de 1 à 2 ans et des enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 2 ans à 25 ans est la condition d'efficacité de la stratégie vaccinale.

Sous-objectif général 5-3 : atteindre un haut niveau de couverture vaccinale (CV) chez les adultes pour l'ensemble des valences recommandées

Objectifs spécifiques

OS 5-3-1 : atteindre à 65 ans des CV supérieures à 90 % pour les vaccinations anti-diphtérique, anti-tétanique et anti-poliomyélitique réalisées dans les 15 dernières années, pour assurer une protection à long terme à l'entrée dans le troisième âge

L'enquête Santé et protection sociale (ESPS) menée en 2002 par l'Irdes en France métropolitaine ainsi que des analyses menées par l'InVS permettaient de connaître la couverture vaccinale déclarée par les adultes.
Pour le tétanos, 62 % des personnes avaient été vaccinées depuis moins de 10 ans et 71 % depuis moins de 15 ans. La proportion de personnes considérées comme couvertes (vaccinées depuis moins de 15 ans) était plus faible chez la femme (70 %) que chez l'homme (73 %) et diminuait avec l'âge, notamment chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.
Les résultats montraient également une vaccination insuffisante contre la poliomyélite, 36 % des personnes avaient été vaccinées depuis moins de 10 ans et 42 % depuis moins de 15 ans. Comme pour le tétanos, c'est parmi les plus de 65 ans que l'on trouve les plus faibles proportions de personnes considérées comme couvertes sans qu'il y ait de différence significative entre hommes et femmes.
Ces chiffres révèlent une insuffisance de couverture des adultes contre le tétanos et la poliomyélite.
Il n'y a pas de données concernant la protection contre la diphtérie à cet âge.

L'outil de mesure utilisé en 2002 n'a pas été repris depuis, mais les mêmes questions vaccinales seront incluses dans l'enquête qui sera réalisée en 2012. Une collecte de données au rythme quinquennal est absolument nécessaire et les résultats doivent être disponibles au moins 2 ans avant le terme de la loi.
L'InVS ne dispose pas à ce jour d'outil de mesure dans cette tranche d'âge. S'agissant d'un acte à répétition décennal, l'EPB (créé en 2004) ne pourra apporter de données avant 2015. D'autres pistes peuvent être explorées comme celles des données des Centres d'examens de santé de l'assurance maladie.

OS 5-3-2 : atteindre une CV supérieure à 90 % pour la vaccination anti-coquelucheuse chez les jeunes mères
La disponibilité de vaccin coquelucheux acellulaire a récemment entraîné la recommandation de réalisation d'une vaccination chez les jeunes adultes ayant un projet parental. Il est proposé de se limiter aux femmes ayant accouché dans les derniers mois.
On ne dispose pas à ce jour d'outil de mesure dans cette tranche d'âge. S'agissant d'un acte à répétition décennal, l'EPB (créé en 2004) ne pourra apporter de données avant 2015. Tout comme pour l'objectif précédent, d'autres pistes peuvent être explorées comme celles des données des Centres d'examens de santé de l'assurance maladie. Sinon, une modification des certificats de santé de l'enfant (en particulier le certificat du 8^{e} jour), pourrait intégrer des notions relatives au statut vaccinal des mères.

Sous-objectif général 5-4 : atteindre un taux satisfaisant de couverture vaccinale (CV) contre la grippe saisonnière dans les populations à risque et chez les professionnels de santé

La grippe est une infection respiratoire aiguë, de forte contagiosité, due à un virus (*Myxovirus influenzae*). C'est une maladie fréquente évoluant sur un mode épidémique, prenant parfois une forme pandémique.

La grippe est à l'origine d'une morbidité importante (4 à 12 % de la population atteinte), une épidémie pouvant toucher 2 à 7 millions de personnes en France par an. Les risques de complications, hospitalisations et décès dus à la grippe sont plus importants chez les personnes de 65 ans et plus, les très jeunes enfants (moins d'un an) et les personnes porteuses de différentes pathologies chroniques, quel que soit leur âge, que dans le reste de la population.
Les épidémies de grippe sont chaque année à l'origine d'une surconsommation médicale (augmentation importante des consultations, du recours aux services d'accueil et d'urgence, des hospitalisations, des prescriptions médicales à visée symptomatique mais également antibiotique).

Maladie communautaire, la grippe peut atteindre également, lors de chaque épidémie, des patients hospitalisés ou des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), personnes toutes à risque et fragilisées.
Les personnels soignants peuvent contribuer involontairement à propager l'infection, qu'ils aient été contaminés dans la communauté, ou sur les lieux de travail. En effet, la période de contagiosité débute avant le début des symptômes. Ceci souligne l'importance de la vaccination chez ces personnels dont les buts sont : la réduction du risque de grippe et de complication pour eux-mêmes, la réduction de la transmission dans les lieux de soins, la réduction de l'absentéisme lié à la grippe, la réduction de la mortalité parmi les résidents des Ehpad.

L'objectif de la loi de santé publique d'août 2004 visait « un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD, professionnels de santé, personnes âgées de 65 ans et plus d'ici à 2008 ». L'évaluation réalisée a montré qu'il n'était pas atteint et que l'évolution n'était pas la même dans les différents groupes.

Objectifs spécifiques

OS 5-4-1 : atteindre, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, un taux de CV d'au moins 80 %

Cet objectif, plus ambitieux que précédemment, se justifie d'une part pour compenser l'efficacité imparfaite de ce vaccin, d'autre part par un contexte favorable à la vaccination généré par la grippe A H1N1.

OS 5-4-2 : atteindre, chez les personnes souffrant d'une ALD exonérante, un taux de CV d'au moins 80 %

De même que pour les personnes âgées, il est proposé un seuil plus élevé qu'en 2004.

OS 5-4-3 : atteindre, chez les professionnels de santé, un taux de CV d'au moins 80 %

Cet objectif concerne particulièrement les médecins généralistes, les pédiatres, les infirmiers libéraux, les personnels de maison de retraite et EHPAD, les personnels de soins hospitaliers (médecins, infirmiers, aides-soignantes).

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
Rembour-sements vaccins	CnamTS, RSI, CCMSA	2007-2008	Taux de CV chez les 65 ans et plus	CnamTS/CCMSA 64 % RSI 54 %	Statistique annuelle
			Taux de CV chez les moins de 65 ans en ALD exonérantes	CnamTS 48,4 % RSI 54 %	
Enquête déclarative	DSG/TNS-Healthcare	2004-2005	Taux de CV chez les infirmiers libéraux	31,0 %	
			Taux de CV chez les personnels de maisons de retraite	38,0 %	
			Taux de CV chez les personnels des services d'urgence	29,0 %	
Baromètre santé	Inpes	2009	Taux de CV chez les médecins généralistes	74 %	2015

Objectif général 6 - Maîtriser la progression des résistances aux antibiotiques

L'apparition de bactéries pathogènes résistantes aux antibiotiques et leur diffusion dans les populations humaines a pour principal effet la limitation de l'arsenal thérapeutique, avec des conséquences majeures sur les capacités de traitement de certaines infections graves. La prise de conscience de ce phénomène a conduit les pouvoirs publics à développer des mesures pour maîtriser la progression de ces résistances, exposées dans le plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques (2001-2005, puis 2007-2010).
Entre 2002 et 2007, le pourcentage de souches de pneumocoque résistantes à la pénicilline a baissé de 25%[145], reflet d'un meilleur usage des antibiotiques dans les infections communautaires et du développement récent de la vaccination anti-pneumococcique chez les nourrissons.
Parallèlement, la résistance à la méticilline des staphylocoques dorés a diminué d'un même ordre de grandeur[146].
Ces deux résultats traduisent une atteinte partielle de l'objectif.
Cependant, la France présente encore des taux de résistance aux antibiotiques plus élevés que ceux des pays d'Europe du Nord[147]. En outre, on observe une évolution à la hausse de la résistance de micro-organismes fréquemment en cause dans les infections urinaires, avec un taux de résistance aux fluoroquinolones et aux céphalosporines de troisième génération des souches d'*E. coli* atteignant 10 %. Or l'efficacité des fluoroquinolones, très utilisées en médecine de ville dans le traitement de

[145] Pourcentage de souches de sensibilité diminuée à a pénicilline : 47,5 % en 2002 versus 35,4 % en 2007 (CNR des pneumocoques).
[146] D'après les données issues des enquêtes de prévalence des infections nosocomiales, du réseau BMR- RAISIN et de l'ONERBA (proportion de SAMR passant de 33,3 % en 2001 à 25,7 % en 2007).
[147] De Kraker M, Van de Sande-Bruinsma N. Trends in antimicrobial resistance in Europe: update of EARSS results. Euro Surveill. 2007;12(11):pii=3156. Available online: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3156

première intention de ces infections, doit être préservée. Il en de même pour les céphalosporines de troisième génération, en ville et à l'hôpital.

Tous ces arguments justifient pleinement de poursuivre la lutte contre le développement de la résistance des bactéries vis-à-vis des antibiotiques. Les objectifs figurant dans la loi de santé publique doivent cependant être actualisés. En raison du niveau inquiétant de résistance des souches de *Escherichia coli* aux antibiotiques, il est proposé d'ajouter un objectif spécifique traitant cet aspect.

Sous-objectif général 6-1 : réduire le pourcentage de souches isolées invasives et non invasives de pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline et aux macrolides

Objectifs spécifiques

OS 6-1-1 : ramener à 25 % au moins, en 5 ans, la proportion de souches de pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline et à moins de 5 % la proportion des souches résistantes à la pénicilline

L'objectif de la précédente loi n'a pas été atteint (moins de 30 % de souches de PSDP). Cependant la baisse a été importante passant de 52 % de souches PSDP en 2001, à 35,4 % en 2007 selon les données du CNR des pneumocoques qui prend en compte des souches responsables d'infections invasives sévères (méningites, bactériémies) mais aussi d'otites moyennes aiguës (OMA). On peut espérer atteindre dans les 5 ans à venir non seulement un niveau de 30 %, voire de 25 % de souches de sensibilité diminuée. Quant aux souches résistantes à la pénicilline, le taux restait stable à 5,6 % en 2007.

OS 6-1-2 : ramener à moins de 30 % en 5 ans, la proportion de souches isolées invasives et non invasives de pneumocoques résistantes à l'érythromycine

Une diminution significative de proportions de souches résistantes aux macrolides a été constatée, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte (de 47 % à 36 % entre 2003 et 2007 selon le CNR des pneumocoques).

OS 6-1-3 : maintenir le taux de résistance de souches isolées de pneumocoques aux fluoroquinolones à activité anti-pneumococcique < 1 %

Cet objectif est atteint (taux de 0,2 % sur les données du CNR) mais doit être consolidé compte-tenu de l'importance des prescriptions de ces molécules de façon inadéquate en première intention dans les infections respiratoires et de la persistance d'un taux de souches à sensibilité intermédiaire supérieur à 1 %.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
CNR des pneumocoques & Insee	CNR	2007	Proportion de souches de pneumocoques isolées de bactériémies ou de méningites ou d'OMA, intermédiaires (I) et résistantes (R) [tous âges] à la Pénicilline G : 35,4 % à l'Erythromycine : 38 % aux Fluoroquinolones à activité pneumococcique : 1,4 %	2009

Sous-objectif général 6-2 : réduire le pourcentage de souches hospitalières de staphylocoque doré résistantes à la méticilline (SARM)

Bien que les SARM soient un problème aussi bien en milieu communautaire qu'à l'hôpital, l'absence d'outil de mesure de leur fréquence en ville, fiable et utilisable en routine, impose de ne fixer d'objectif qu'en milieu hospitalier pour le moment.

Objectif spécifique

OS 6-2-1 : ramener à 20 %, en 5 ans, la proportion de souches de SARM isolées en milieu hospitalier

La baisse du nombre de souches de SARM est constante depuis 2001 passant de 33 % à 24 % en 2008 parmi les prélèvements isolés de bactériémies.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Réseau BMR (CClin)	Cclin	2007	Proportion des souches de SARM isolées en milieu hospitalier : Tout type de séjour : 31,0 % Court séjour : 26,9 % SSR-SLD : 56,8 %	Statistique annuelle
Raisin	InVS	2007	Densité d'incidence des SARM pour 1 000 jours d'hospitalisation : Tout type de séjour : 0,48 Court séjour : 0,65 SSR-SLD : 0,31	Statistique annuelle
Enquête nationale de prévalence	InVS	2006	Prévalence des infections nosocomiales à SARM un jour donné dans les établissements de santé : 0,29 %	

Sous-objectif général 6-3 : réduire la résistance des entérobactéries aux fluoroquinolones et aux céphalosporines de 3e génération

L'augmentation de la résistance aux fluoroquinolones des *E. coli* est un phénomène qui touche toute l'Europe. En 2008, le pourcentage de ces souches en France atteignait 16 % (EARSS). Ce phénomène apparaît lié à la consommation antérieure de fluoroquinolones.

De plus, entre 2004 et 2007, une proportion croissante de souches d'*E. coli* productrices d'un type émergent de ß-lactamase à spectre élargi (BLSE) a été observée tant en milieu communautaire qu'en milieu hospitalier (passant de 1 à 2 %)[148] D'autres entérobactéries sont aussi concernées par ce type de résistance (*Proteus, Klebsielle…)* mais de façon beaucoup plus rare. Il est donc proposé de remédier à la propagation de cette résistance en ciblant *E. coli,* qui est la bactérie la plus fréquemment en cause dans les infections urinaires.

[148] EARSS 2007.

Objectifs spécifiques

OS 6-3-1 : ramener à moins de 10 %, en 5 ans, le pourcentage de souches *de E. coli* résistantes aux fluoroquinolones

OS 6-3-2 : ramener à moins de 1 %, en 5 ans, le pourcentage de souches *de E. coli* résistantes aux céphalosporines de 3e génération

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales	InVS	2006	Pourcentage de souches d'*E. coli* intermédiaires (I) ou résistantes (R) aux céphalosporines de 3e génération : 9,9 %	2011 ?

Les données en médecine de ville ne sont pas disponibles.

Le tableau 5 récapitule ces propositions.

Tableau 5 : Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème des maladies infectieuses

Objectif général 1 – Diminuer l'incidence de l'infection par le VIH et l'incidence du sida

Sous-objectif général 1-1 : poursuivre la réduction de l'incidence de l'infection par le VIH dans la population générale, en ciblant tout particulièrement les régions les plus touchées et les populations les plus à risque

OS 1-1-1 : réduire de 10 % au moins, en 5 ans, dans les populations des régions les plus touchées (Ile-de-France et départements français d'Amérique), l'incidence des infections par le VIH

OS 1-1-2 : réduire de 20 %, en 5 ans, pour chacun des différents modes de contamination, l'incidence des infections par le VIH

Sous-objectif général 1-2 : réduire le nombre d'infections par le VIH passant au stade sida

OS 1-2-1 : réduire de 50 %, en 5 ans, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade sida
OS 1-2-2 : réduire de 20 % au moins en 5 ans, l'incidence du sida
OS 1-2-3 : réduire de 20 % au moins en 5 ans, la mortalité liée au sida

Objectif général 2 - Réduire l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST) dans la population générale, en ciblant plus particulièrement les personnes ayant des comportements à risque

Sous-objectif général 2-1 : réduire la fréquence des différentes IST

OS 2-1-1 : réduire la prévalence de la gonococcie
OS 2-1-2 : réduire, dans les populations à risque, l'incidence de la syphilis
OS 2-1-3 : réduire la prévalence des chlamydioses et des infections à HSV

Sous-objectif général 2-2 : réduire les comportements à risque de transmission des IST

OS 2-2-1 : obtenir, dans la population générale, en 5 ans, plus de 80 % d'utilisation du préservatif lors des rapports avec un nouveau partenaire

OS 2-2-2 : augmenter en 5 ans, dans la population générale, la proportion de personnes ayant réalisé un test de dépistage du VIH avant l'arrêt du préservatif, au cours de la dernière année

Objectif général 3 - Prévenir et dépister plus précocement les infections par les virus des hépatites B et C

OS 3-1 : augmenter de 25 % au moins, en 5 ans, la proportion de personnes dépistées parmi les personnes infectées par les virus des hépatites virales B ou C

OS 3-2 : chez les enfants âgés de 24 mois, atteindre une couverture vaccinale de 80 % pour la primo-vaccination complète par le vaccin de l'hépatite B

OS 3-3 : chez les adolescents âgés de 15 ans, atteindre une couverture vaccinale de 75 % pour la vaccination contre l'hépatite B

Objectif général 4 - Réduire l'incidence et la prévalence de la tuberculose dans la population générale et dans les groupes et zones les plus à risque

Sous-objectif général 4-1 : poursuivre la réduction de l'incidence de la tuberculose dans la population générale, en ciblant tout particulièrement les régions les plus touchées

OS 4-1-1 : atteindre en 5 ans, en métropole (hors Ile-de-France) et dans les départements d'outre-mer (hors Guyane), une incidence moyenne de 6 cas pour 100 000 habitants

OS 4-1-2 : atteindre en Ile-de-France, en 5 ans, une incidence de 12 cas pour 100 000 habitants

OS 4-1-3 : atteindre en Guyane, en 5 ans, une incidence de 15 cas pour 100 000 habitants

Sous-objectif général 4-2 : réduire l'incidence de la tuberculose dans les populations les plus à risque

OS 4-2-1 : réduire de 20 %, en 5 ans, chez les migrants présents depuis moins de 2 ans sur le territoire, l'incidence de la tuberculose
OS 4-2-2 : réduire de 20 %, en 5 ans, chez les personnes sans domicile fixe, l'incidence de la tuberculose
OS 4-2-3 : chez les enfants à risque élevé de tuberculose, atteindre une couverture vaccinale par le BCG supérieure à 90 %

Sous-objectif général 4-3 : améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients

OS 4-3-1 : atteindre chez les patients de moins de 60 ans traités pour tuberculose maladie, 85 % de succès thérapeutiques

Objectif général 5 - Améliorer la couverture vaccinale de la population, conformément aux recommandations du calendrier vaccinal

Sous-objectif général 5-1 : atteindre un très haut niveau de couverture vaccinale (CV) chez les enfants âgés de 24 mois pour l'ensemble des valences recommandées

OS 5-1-1 : atteindre, chez les enfants âgés de 24 mois, une CV de 95 % pour l'injection du 1er rappel des vaccins diphtérique, tétanique, coquelucheux et poliomyélitique

OS 5-1-2 : atteindre, chez les enfants âgés de 24 mois, une CV de 95 % pour les trois injections de la primovaccination et le premier rappel par le vaccin de l'Haemophilus influenzae b

OS 5-1-3 : atteindre, chez les enfants âgés de 24 mois, une CV de 90 % pour un schéma de vaccination complet (primovaccination et rappel) par le vaccin anti-pneumococcique conjugué

OS 5-1-4 : atteindre chez les enfants âgés de 24 mois, une CV de la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole :
- de 95 % pour la 1ère injection
- de 80 % pour la 2e injection

OS 5-1-5 : chez les enfants âgés de 24 mois, atteindre une CV supérieure à 90 % pour la vaccination contre les infections invasives à méningocoque C

Sous-objectif général 5-2 : atteindre un très haut niveau de couverture vaccinale (CV) chez les adolescents pour l'ensemble des valences recommandées

OS 5-2-1 : atteindre, chez les adolescents âgés de 15 ans, une CV de 95 % pour les vaccinations complètes (avec les rappels prescrits à cet âge) contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, les oreillons, la rubéole

OS 5-2-2 : atteindre, chez les enfants, adolescents et jeunes adultes, une CV supérieure à 90 % pour le rattrapage de la vaccination contre les infections invasives à méningocoque C

Sous-objectif général 5-3 : atteindre un haut niveau de couverture vaccinale (CV) chez les adultes pour l'ensemble des valences recommandées

OS 5-3-1 : atteindre à 65 ans des CV supérieures à 90% pour des vaccinations anti-diphtérique, anti-tétanique et anti-poliomyélitique réalisées dans les 15 dernières années pour assurer une protection à long terme à l'entrée dans le troisième âge

OS 5-3-2 : atteindre une CV supérieure à 90% pour la vaccination anti-coquelucheuse chez les jeunes mères

Sous-objectif général 5-4 : atteindre un taux satisfaisant de couverture vaccinale (CV) contre la grippe saisonnière dans les populations à risque et chez les professionnels de santé

OS 5-4-1 : atteindre chez les personnes âgées de 65 ans et plus, en 5 ans, un taux de CV d'au moins 80 %

OS 5-4-2 : atteindre chez les personnes souffrant d'une affection longue durée (ALD) exonérante, en 5 ans, un taux de CV d'au moins 80 %

OS 5-4-3 : atteindre chez les professionnels de santé, en 5 ans, un taux de CV d'au moins 80 %

Objectif général 6 - Maîtriser la progression des résistances aux antibiotiques

Sous-objectif général 6-1 : réduire le pourcentage de souches isolées invasives et non invasives de pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline et aux macrolides

OS 6-1-1 : ramener à 25 % au moins, en 5 ans, la proportion de souches de pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline et à moins de 5 % la proportion des souches résistantes à la pénicilline

OS 6-1-2 : ramener à moins de 30 % en 5 ans, la proportion de souches isolées invasives et non invasives de pneumocoques résistantes à l'érythromycine

OS 6-1-3 : maintenir le taux de résistance de souches isolées de pneumocoques aux fluoroquinolones à activité anti-pneumococcique < 1%

Sous-objectif général 6-2 : réduire le pourcentage de souches hospitalières de staphylocoque doré résistantes à la méticilline (SARM)

OS 6-2-1 : ramener à 20 %, en 5 ans, la proportion de souches de SARM isolées en milieu hospitalier

Sous-objectif général 6-3 : réduire la résistance des entérobactéries aux fluoroquinolones et aux céphalosporines de 3ème génération

OS 6-3-1 : ramener à moins de 10 % en 5 ans, le pourcentage de souches de *Escherichia coli* résistantes aux fluoroquinolones

OS 6-3-2 : ramener à moins de 1 %, en 5 ans, le pourcentage de souches de *Escherichia coli* résistantes aux céphalosporines de troisième génération

En matière de maladies infectieuses, le HCSP fait les propositions suivantes :

Proposition 1 - Evaluer l'intérêt et les modalités de la généralisation du dépistage systématique des infections à chlamydiae chez les femmes sexuellement actives de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans

Le plan national de lutte contre le VIH/sida 2005-2008 avait proposé de mettre en place un dépistage systématique des chlamydiae chez les femmes (permettant aux jeunes filles de consulter sans la présence d'un tiers) et chez les hommes de moins de 30 ans. Le programme, au sein duquel l'intérêt de la généralisation de cette mesure devait faire l'objet d'une évaluation, n'a pas été mis en place.

Proposition 2 - Favoriser l'accès aux soins des populations les plus exposées aux infections par les virus des hépatites

Favoriser l'accès aux soins notamment pour les populations plus exposées aux risques d'infections par ces virus (toxicomanes, populations en situation de précarité, population carcérale, populations migrantes originaires de pays de moyenne et forte épidémie).

Face aux progrès des traitements, l'accès aux soins du plus grand nombre de patients infectés devient une nécessité. Cette action doit être menée notamment en direction des personnes les plus défavorisées dont les difficultés de recours aux traitements sont évidentes. L'amélioration de l'accès aux soins doit se concevoir de façon globale, dans le cadre d'un multi-partenariat des acteurs de santé mais aussi du parcours coordonné des soins mis en place par la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004.

Un tel dispositif doit être prorogé et toutes les pistes permettant d'augmenter la disponibilité de greffons explorées.

Proposition 3 - **S'engager fortement dans une action d'éducation et de promotion de la lutte anti-tuberculeuse à destination des populations à risque**

A l'instar de ce qui est dorénavant fait pour la lutte contre l'infection par le VIH, les stratégies d'éducation sanitaire contre la tuberculose doivent dorénavant clairement s'adresser aux groupes les plus à risque dans le respect des libertés individuelles.

Proposition 4 - Promouvoir durablement la stratégie de vaccination en France

En sus d'une impulsion nationale *via* les campagnes d'information menées par l'INPES, il serait nécessaire d'accompagner les régions et les ARS dans la dynamique des semaines européennes de la vaccination, qui devraient être déclinées sur tout le territoire. Il serait aussi important de conduire une étude relative aux occasions de vaccinations manquées en France afin de mieux cerner les déterminants qui limitent l'adhésion à cette forme de prévention.

P 4-1 : renforcer la coordination en matière de politique de prévention vaccinale

La DGS a créé, fin 2008, un comité chargé d'élaborer cette stratégie. Ce comité s'est organisé en trois groupes de travail thématiques qui devaient rendre leur rapport fin 2009. Les conclusions de ce comité devront être prises en compte pour l'élaboration de ces recommandations. Une structure d'animation et de suivi devrait être proposée.

Les responsabilités doivent être plus clairement posées entre l'orientation politique (DGS), la communication (INPES), l'évaluation (InVS), les recommandations sur les pratiques vaccinales (CTV/ HCSP) mais une coordination des interventions de ces différents partenaires doit être organisée.

P 4-2 : promouvoir le rattrapage de la vaccination anti-rougeoleuse chez les adultes et notamment les professionnels de santé

Dans le cadre du programme d'éradication de la rougeole, et devant l'augmentation du nombre de cas cliniques chez les adultes sans antécédents vaccinaux, pouvant prendre parfois des aspects épidémiques, il est nécessaire de promouvoir la stratégie de rattrapage de la vaccination chez les adultes telle que proposée au calendrier vaccinal.

P.4-3 : favoriser l'accès à la vaccination des groupes de population les moins vaccinés

L'InVS a mis en évidence une couverture vaccinale contre le tétanos variant selon les caractéristiques démographiques et socioé-conomiques de la population. En effet, elle était supérieure chez les hommes et variait selon les régions de France (couvertures plus basses dans les régions Nord et Méditerranée). La couverture diminuait avec l'âge et était plus faible chez les sujets jamais scolarisés ou de niveau « second cycle ». Les bénéficiaires de la CMU complémentaire étaient moins bien vaccinés que les bénéficiaires d'une couverture complémentaire privée, ainsi que les résidents des grosses agglomérations hormis l'unité urbaine de Paris.

Ces disparités sociales et démographiques face à la vaccination doivent être prises en compte dans une stratégie d'action adaptée.

La prévention vaccinale contre la grippe doit de même être promue auprès des personnes fragilisées : sujets âgés de 65 ans et plus, sujet de moins de 65 ans avec ALD. Et il convient de faciliter la dispensation de ce vaccin, l'administration du vaccin par les IDE, en particulier pour les patients relevant d'une recommandation vaccinale et qui ont déjà été vaccinés (accès automatique au vaccin sans attendre le bon de la caisse de sécurité sociale). La promotion de la vaccination anti-grippale chez les personnels de santé doit être soutenue.

Proposition 5 - Améliorer le système d'information concernant les vaccinations aux différents âges

Chez les adolescents, il n'y avait pas de recueil systématique de la couverture vaccinale jusqu'en 2000. Depuis cette date, les enquêtes concernent tous les antigènes compris dans le calendrier vaccinal des adolescents de cet âge.
Mais l'outil de mesure pose problème. Bien qu'une nouvelle enquête chez l'adolescent ait été conduite en 2008-2009, les données ne seront disponibles qu'en 2010-2011. Les dernières données disponibles datent de 2004 (sources : Drees et InVS) : il s'agit d'enquêtes triennales par échantillonnage. La base de sondage est le fichier des établissements scolaires publics et privés. Les effectifs d'élèves sont estimés chaque année par le ministère de l'éducation nationale. Dans l'enquête en classe de 3^{e} de 2003-2004, 79,5 % des collèges tirés au sort ont participé à l'enquête et la région Midi-Pyrénées n'a pas participé. Parmi les collégiens tirés au sort, 76,4 % ont présenté un carnet de santé et ont été inclus dans l'analyse. Le taux de participation des académies et les modifications régulières du calendrier vaccinal limitent certaines analyses, en particulier les comparaisons entre académies, et l'interprétation des évolutions temporelles. Une comparaison pourra être effectuée entre les résultats de l'enquête 2004 et celle réalisée en 2008. Cet objectif ne pourra pas être valablement évalué en 2010. Enfin les indicateurs sociaux inclus dans le questionnaire et permettant une description de la vaccination en fonction des caractéristiques socio-économiques n'ont pas été transmis.

Proposition 6 - Poursuivre la diminution de la consommation des antibiotiques en France en milieu communautaire et hospitalier

Le lien entre la quantité d'antibiotiques consommée et l'apparition de résistances microbiennes est reconnu. La baisse des taux de pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline est concomitante de la réduction de 16 % des quantités d'antibiotiques dispensés en ville[149] et de l'impact de la vaccination anti-pneumococcique chez l'enfant.
En ville, il existe une surconsommation des antibiotiques pendant la période hivernale, qui est expliquée par l'augmentation saisonnière des infections des voies aériennes supérieures. Or celles-ci sont en grande partie d'origine virale et ne nécessitent pas d'antibiothérapie. Il est à noter que la réduction de prescriptions d'antibiotiques a été surtout observée chez les enfants.
En milieu hospitalier, la baisse du nombre de souches de SARM a été observée durant une période au cours de laquelle la consommation des antibiotiques a également diminué. Celle-ci peut aussi être en rapport avec la mise en œuvre de mesures de prévention de la transmission des bactéries multirésistantes en milieu hospitalier (en particulier la généralisation de l'utilisation de solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains).

[149] Données de l'Afssaps.

Proposition 7 - Améliorer la qualité de la prescription antibiotique (choix de la molécule, posologie adéquate, durée de traitement)

La qualité de la prescription des antibiotiques se situe à plusieurs niveaux : justification de l'indication du traitement antibiotique, choix, posologie et durée de prise de la molécule adéquate, et critères pharmacocinétiques et pharmacodynamiques. Le premier aspect est abordé dans la recommandation précédente. Les autres aspects font appel à des mesures du plan antibiotique 2007-2010 : formation initiale et continue des médecins, en particulier ; accès aux outils d'aide à la prescription antibiotique (recommandations des bonnes pratiques éditées par l'Afssaps, source des données sur la résistance) et aux tests diagnostiques rapides.

Cancers

Le cancer devient la principale cause de mortalité en France avec 150 000 décès et 320 000 nouveaux cas annuels. En 25 ans, de 1980 à 2005, le nombre de nouveaux cas a augmenté de 89 % et le nombre de décès de 12,7 %. L'augmentation annuelle du taux d'incidence des cancers a été 1,2 % chez les hommes (taux standardisé sur la population mondiale de 278/100 000 à 376,1/100 000) et de 1,4 % chez les femmes (taux standardisé sur la population mondiale de 176 ,6/100 000 à 251,9/100 000). En revanche, le taux de mortalité par cancers a diminué de 1,1 % par an chez les hommes et de 0,9% chez les femmes (taux standardisé sur la population mondiale de 214,4/100 000 à 160,7/100 000 chez les hommes et de 100,4/100 000 à 80/100 000 chez les femmes). Le risque individuel a suivi la même tendance avec une augmentation du risque cumulé de cancer de 0 à 74 ans et une diminution du risque de décès par cancer entre les cohortes de naissance 1910 et 1950. Cette évolution devrait continuer, l'évolution étant plus marquée dans les 5 dernières années (2000 à 2005) tant pour l'incidence que pour la mortalité.

Selon le Centre international contre le cancer, 49 000 décès annuels par cancer peuvent être reliés à une exposition à des facteurs de risque[150] qui peuvent faire l'objet de mesures de prévention primaire, d'autres pouvant être évités par des mesures de prévention secondaire (dépistage).

Plusieurs indicateurs mettent en évidence des disparités importantes traduisant des inégalités tant d'exposition aux facteurs de risque, que d'accès aux mesures de prévention et aux soins. Les études des observatoires régionaux de la santé et celles de l'Inca[151] ont montré des différences territoriales en termes de mortalité par cancer, à l'échelon des régions, des départements, ou des cantons. Ainsi le rapport des taux standardisés de mortalité entre départements dont le risque de décès par cancer est le plus élevé et ceux dans lesquels le risque est le plus faible sont de 1,4 pour les femmes et 1,6 pour les hommes. Par ailleurs, d'autres études ont montré des inégalités sociales avec des risques accrus pour les travailleurs manuels pour le cancer du poumon[152], ou pour d'autres cancers en France et dans les autres pays industrialisés[153]. L'âge supérieur à 75 ans (âge limite des dépistages organisés) est aussi un facteur d'inégalité[154]. Enfin, d'autres études suggèrent que ces inégalités socio-économiques[155] pourraient être principalement dues à des différences d'accès au système de santé[156] nécessitant des mesures ciblées[157].

La mise en place de mesures nationales, comme les campagnes nationales contre le tabac ou l'alcool, ou la généralisation des dépistages, a été une étape importante. Cependant, ces mesures sont moins accessibles aux groupes de populations les plus à risque ou les moins favorisés. Il existe donc un risque de renforcement des inégalités de santé.

---

[150] Les causes du cancer en France, rapport de l'académie de médecine, 2007 ; Attributable causes of cancer in France in the Year 2000, IARC Publications 2007,

[151] Inca, La situation du cancer en France en 2007, chapitre 2, Atlas de la mortalité par cancers en France métropolitaine, La situation du cancer en France en 2009.

[152] Kunst 1998, J. Van der Heyden Lung cancer 2009.

[153]Menvielle G, Boshuizen H, Kunst AE, et al Occupational exposures contribute to educational inequalities in lung Cancer cancer incidence among men. evidence from the epic prospective cohort study. Int J. 2009 Oct, Weires M, Bermejo JL, Sundquist K, Sundquist J, Hemminki K Socio-economic status and overall and cause-specific mortality in Sweden. BMC Public Health. 2008 Sep 30;8:340.Menvielle G, Stirbu I, Roskam AJ,et al Socioeconomic inequalities in mortality in Europe Med Sci (Paris). 2009 Feb;25(2):192-6.

[154] Inca, Etat des lieux et perspectives en ongocériatrie, 2009.

[155] J. Van der Heyden, M. Schaap, A. Kunst, S. Esnaola, C. Borrell, B. Cox, M. Leinsalu, I. Stirbu, R. Kalediene, P. Deboosere Socioeconomic inequalities in lung cancer mortality in 16 European populations Lung Cancer, Volume 63, Issue 3, Pages 322-330.

[156] Nur U, Rachet B, Parmar MK, Sydes MR, Cooper N, Lepage C, Northover JM, James R, Coleman MP; AXIS collaborators No socioeconomic inequalities in colorectal cancer survival within a randomised clinical trial. Br J Cancer. 2008 Dec 2;99(11):1923-8.

[157] Conway DI, Petticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, Macpherson LM.Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. Int J Cancer. 2008 Jun 15;122(12):2811-9.

Les objectifs proposés prennent en compte les résultats de l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique d'août 2004 et les constats de l'évaluation du premier plan cancer.
Ils ne portent pas sur les facteurs de risque individuels ou liés à l'environnement, qui sont évoqués dans d'autres chapitres.

De la même façon, des objectifs de recherche peuvent être partagés avec d'autres domaines, tels que le développement de recherche-action dans le domaine de la prévention et le développement de la recherche en sciences humaines et sociales, dont la place est encore très marginale par rapport à celle de la recherche fondamentale, translationnelle ou clinique.

Objectif général 1 - Poursuivre la réduction de la mortalité par cancers

On constate entre 2000 et 2005 une tendance significative et régulière de la diminution du taux moyen de mortalité par cancers. Cependant, on constate ainsi des inégalités territoriales importantes à l'échelle départementale[158]. Ces disparités aujourd'hui observées, doivent et peuvent être en partie réduites par des actions ciblées dans les domaines de la prévention mais aussi de l'organisation des soins.

Les inégalités de risque de cancer et de décès par cancer résultent à des degrés variables de l'exposition aux différents facteurs de risque, de la précocité du diagnostic et de l'efficacité de la prise en charge. La combinaison de ces facteurs est variable selon les tumeurs.
L'approche du risque de décès par cancer au travers des disparités territoriales permet de prendre en compte les facteurs individuels, sociaux et organisationnels.

Objectifs spécifiques

OS 1-1 : maintenir la baisse tendancielle annuelle de la mortalité par cancer de 2,5 % chez les hommes et de 1,7 % chez les femmes

OS 1-2 : diminuer d'au moins 20 % en 5 ans, les écarts de mortalité par cancer entre les départements

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence Tx pour 100 000, min -max		Année	Année
Causes médicales de décès	CépiDc – Inserm /Inca	2002-2004	Toutes causes	Valeur nationale :		
			Sein	24,17 - 43,11		
			Col utérus après 50 ans	9,79 – 31,55		
			Colon	H : 21,51-46,83 F : 14,19–27,19		
			Poumon	H : 53,08-120,8 F : 8,63-24,08		

Indicateur : différence des taux de mortalité standardisés entre les valeurs départementales extrêmes

[158] Inca, la situation du cancer en France en 2007.

OS 1-3 : diminuer d'au moins 20 % en 5 ans, les écarts de mortalité par cancer colorectal entre les hommes et les femmes

OS 1-4 : diminuer d'au moins 20 % en 5 ans, les écarts de mortalité prématurée par cancer entre les départements

Objectif général 2 - Réduire les inégalités de participation aux dépistages organisés des différents cancers

Sous-objectif général 2-1 : réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage organisé du cancer du sein

Avec près de 50 000 nouveaux cas par an et 11 000 décès par an, le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme. L'évolution durant la période 1980-2005 a été contrastée. Le risque de cancer du sein exprimé par le taux d'incidence standardisé[159] est passé de 56,8 à 101,5 pour 100 000 soit une augmentation de 78,7 %. Durant la même période, le taux de mortalité standardisé est passé de 19,4 à 17,7. La décroissance a été observée à partir de 1995 et atteint un taux annuel de 1,3 %. En revanche du fait de l'augmentation et du vieillissement de la population, le nombre de nouveaux cas a augmenté de 130 % (de 21 700 à 49 800 cas) et le nombre de décès de 30 % (de 8 700 à 11 200)

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place alors que la pratique des mammographies dites de dépistage individuel (diagnostic opportuniste) s'est développée. Le taux de participation de la population concernée est un facteur de qualité important du dépistage organisé du cancer du sein. Les recommandations européennes ont ainsi fixé 75 % comme taux cible et 70 % comme taux acceptable [160] (Performance indicator #5). Ce taux cible a été fixé sur la base des études d'efficacité du dépistage prise en compte dans la méta-analyse de Demissie[161] dont les taux de participation de la première vague étaient tous supérieurs à 60 %.

L'objectif de la loi de santé publique d'août 2004 visait un taux de couverture de 80 % pour ce dépistage. Cet objectif n'a pas été atteint, mais une amélioration constante a été observée, parallèlement à la généralisation des dépistages sur l'ensemble des territoires.
Toutefois, les données des associations de gestion du dépistage organisé du cancer du sein montrent d'importantes disparités, notamment territoriales. Celles-ci peuvent s'expliquer, soit par des réticences individuelles ou culturelles aux pratiques de dépistage (zones péri-urbaines, femmes de plus de 65 ans), soit par des inégalités d'accès au système de soins (cantons ruraux par exemple). Ce constat a été confirmé lors de l'évaluation par le HCSP du dispositif mis en place dans le cadre du plan cancer 1.

Le plan cancer 2010-2013 fixe le taux de participation moyen à 65 % en 2013 (mesure 15).

L'âge[162] et les caractéristiques socio-économiques[163] sont d'autres facteurs d'inégalité de participation au dépistage. Ainsi, la proportion des femmes ayant eu une mammographie dans les deux dernières années varie selon le niveau d'études, les revenus mensuels du ménage et l'accès à une mutuelle.

Par ailleurs, en France les deux types de dépistage coexistent pour le cancer du sein : le dépistage organisé géré par les associations départementales de dépistage dont le seuil cible de participation recommandé par l'Union européenne est de 75 % (cf. supra), et le dépistage opportuniste (dit dépistage individuel) réalisé non plus sur invitation mais sur prescription médicale. En termes de prévention, le point important est que la proportion de femmes dans la population cible du dépistage ayant une mammographie tous les deux ans soit la plus importante possible. Cet objectif a d'ailleurs

[159] Standardisation sur la population mondiale.
[160] European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis (Fourth Edition)© European Communities, 2006.
[161] Demissie K, Mills OF, Rhoads GG. Empirical comparison of the results of randomized controlled trials and case control studies in evaluating the effectiveness of screening mammography. J Clin Epidemiol 1998; 51:81-91.
[162] Enquête santé protection sociale 2000, 2002, 2006 ; enquête décennale de santé 2002-2003 ; Baromètre cancer 2005.
[163] Baromètre Cancer 2005 INPES, Etat de santé de la population française 2008, Drees.

été retenu par l'assurance maladie dans les contrats d'amélioration des pratiques individuelles proposés aux médecins (CAPI).

En dehors de mesures contraignantes susceptibles d'orienter vers la pratique très majoritaire du dépistage organisé, les objectifs spécifiques doivent porter sur les deux aspects : dépistage organisé et protection individuelle des femmes.

Objectifs spécifiques

OS 2-1-1 : atteindre, en 5 ans, un taux de participation moyen au dépistage organisé du cancer du sein supérieur à 65 %

Cet objectif est celui fixé dans le plan cancer 2009-2013 (43% en 2006). Ce chiffre est de 10% inférieur aux recommandations européennes de 2006. Sur la base de 50% de participation en 2009, cet objectif correspond à une augmentation de 15 points du taux de participation.

OS 2-1-2 : atteindre, en 5 ans, un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein supérieur à 50 % dans tous les départements

Si l'on considère le taux moyen cible de 65 % en France en 2013 (plan cancer 2010), inférieur de 10 % au taux cible recommandé au plan européen, cet objectif permet de s'assurer que la participation sera au moins égale aux 2/3 du taux cible recommandé sur l'ensemble du territoire.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Structures départementales de gestion du programme de dépistage	InVS		Département 1 : Département 2 : … :		

OS 2-1-3 : chez les femmes âgées de 50 à 74 ans, atteindre 80 % de réalisation d'une mammographie dans les 2 dernières années

Ce niveau de 80 % est celui déjà atteint par les sous-groupes de femmes (baromètre cancer 2005) participant le plus au dépistage. Cet objectif est proposé aux médecins par l'assurance maladie dans les contrats d'amélioration de la pratique individuelle (CAPI) prévus dans le PLFSS 2008 avec pour cible 80 % de taux de participation de la patientèle.

Sous-objectif général 2-2 : intensifier la participation au dépistage organisé du cancer colorectal en ciblant les populations concernées

Le cancer colorectal est le 3ème cancer en termes d'incidence avec 37 500 nouveaux par an (3e rang chez l'homme ; au 2e rang chez la femme). Il se situe au 2e rang des décès par cancer (17 000 décès/an). Chez les hommes, le taux d'incidence standardisé[164] est stabilisé depuis 1990 autour de 38 cas/100 000. Chez les femmes, l'incidence est en légère augmentation avec 24,5 cas /100 000 en 2005. La mortalité diminue tant chez les femmes que chez les hommes au rythme de 1 % /an.
Le dépistage organisé du cancer colorectal par hémoccult a été généralisé durant le précédent plan cancer. Les taux de participation au dépistage organisé ne sont pas encore stabilisés compte tenu du faible recul disponible depuis la généralisation de ce dépistage organisé. Les chiffres disponibles sont ceux fournis par les associations de gestion des dépistages ayant débuté le dépistage organisé depuis plus de deux ans (moyenne 42 %).

[164] Standardisation sur la population mondiale.

Objectifs spécifiques

OS 2-2-1 : atteindre, en 5 ans, un taux de participation moyen au dépistage organisé du cancer colorectal d'au moins 60 %

OS 2-2-2 : atteindre, en 5 ans, un taux de participation d'au moins 50 % dans toutes les tranches d'âge concernées par le dépistage organisé du cancer colorectal

Par souci de réalisme, ce seuil est inférieur à la valeur moyenne obtenue après 5 années de fonctionnement du dépistage organisé du cancer du sein dans l'ensemble des départements métropolitains (52 %) et à l'objectif général du plan cancer 2010-2013 (moyenne nationale supérieure à 60 % en 2013).
Par ailleurs, le suivi de la participation par tranche d'âge permet de corriger les inégalités de recours au dépistage.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Structures départementales de gestion du programme de dépistage	InVS		Tranche d'âge 1 : Tranche d'âge 2 : … :		

Objectif général 3 - Réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus

Le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus est de 3 000 et le nombre de décès de 1 000 par an[165]. La particularité du cancer du col est que le risque maximum est atteint dans la tranche 40-45 ans (21,3/100 000/an) mais que la mortalité maximum est observée dans les tranches supérieures à 70 ans (>5/100 000/an), traduisant des différences de diagnostic et de prise en charge selon l'âge.
Le risque cumulé de cancer et le risque de décès avant 75 ans ont diminué de façon très importante entre les cohortes de naissance 1910 et 1950 (de 5 fois pour l'incidence et 7 fois pour le risque de décès), grâce à la pratique des frottis cervico-utérins. Cependant, la décroissance observée est moins marquée pour les cohortes de naissance les plus récentes (cohortes 1940-1950). L'incidence de ce cancer est en forte diminution. Ainsi sur la période 1980-2005, le taux d'incidence standardisé a diminué au rythme de 2,9% par an mais seulement de 1,8% par an entre 2000 et 2005. La loi de santé publique de 2004 fixait un objectif de diminution de 2,5% par an sur la période. Compte tenu de la tendance durant la dernière période connue, il est peu probable que cet objectif soit atteint.
Durant la même période, la mortalité a diminué de 4% par an mais seulement de 3,2% de 2000 à 2005.
Parallèlement, des enquêtes montrent que la pratique des frottis est inégalement répartie : certaines femmes ont en effet une surveillance annuelle, d'autres n'utilisant pas ou peu ce moyen de prévention[166]. Il faut noter par ailleurs l'absence de dépistage organisé du cancer du col par frottis. Par ailleurs il existe des disparités de couverture en fonction de l'âge.
En outre, la particularité du dépistage par frottis cervico-utérin est de permettre le diagnostic de lésions précancéreuses. A la différence des dépistages des autres cancers, ce dépistage permet donc une diminution de l'incidence de celui-ci. Ainsi, la réduction des inégalités de participation à ce dépistage devrait entraîner une diminution de l'incidence, et par conséquent, de la mortalité par cancer du col utérin.
Le fait nouveau depuis la précédente loi est la mise sur le marché de la vaccination contre le papillomavirus. Cette vaccination a fait l'objet d'une recommandation du Haut Conseil de la santé publique et constitue un des moyens importants de prévention du cancer du col avec la pratique du

[165] InVS, Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus, État des connaissances, actualisation.
[166] Baromètre cancer 2005, CnamTS, Drees, 2008.

dépistage. La coexistence de deux moyens de prévention primaire pose le problème de leur complémentarité et du risque de compétition entre les deux.

Objectifs spécifiques

OS 3-1 : poursuivre la réduction de 2,5 % de l'incidence annuelle du cancer du col de l'utérus

Les derniers chiffres d'incidence disponibles sont ceux de l'année 2005. L'évolution 2005-2010 permettra d'évaluer le déroulement du premier plan cancer. Il faudra attendre les données de la période 2010-2015 pour évaluer le déroulement du plan cancer actuel.
Partant des derniers chiffres connus, de 7,1/100 000 en 2005, le taux standardisé de 2010 devrait se situer autour de 6,1/100 000. Il est proposé de fixer l'objectif de 5,4/100 000 à l'issue du plan cancer par le renforcement des deux mesures de prévention.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Registres du cancer	InVS/ Francim	2005	7,1 pour 100 000	2006	

OS 3-2 : réduire l'écart des taux d'incidence du cancer du col de l'utérus entre les départements

OS 3-3 : réduire de 25 % en 5 ans la part des femmes de 25 à 65 ans qui ne font pas l'objet d'une pratique des frottis conforme aux recommandations (moins d'1 frottis/3 ans et plus d'1 frottis/2 ans)

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Echantillon permanent des bénéficiaires de l'assurance maladie	Assurance maladie				

OS 3-4 : atteindre, chez les jeunes filles âgées de 15 ans, une CV supérieure à 80 % pour la vaccination contre les papillomavirus
Cette vaccination récemment introduite dans le calendrier vaccinal à partir de l'âge de 14 ans pour les jeunes filles devra à l'avenir être introduite dans les enquêtes réalisées en classe de 3^{e}. Les données de vente des fabricants laissent penser que de très nombreuses jeunes femmes sont d'ores et déjà vaccinées. Aussi, l'analyse des données de remboursement (EGB) réalisée en 2008 chez les jeunes filles âgées de 14 ans montre une couverture vaccinale de 30 % pour une dose de vaccin et de 15 % pour trois doses de vaccin. Mais il faudra porter attention à ce que la tranche d'âge vaccinée soit bien celle ciblée par le calendrier vaccinal. Atteindre un objectif de 80 % de CV permettrait à terme d'éviter un grand nombre décès par le cancer du col de l'utérus. Cet objectif est en cohérence avec la mesure 13 du plan cancer 2009-2013 relative à la prévention des cancers d'origine infectieuse.

Objectif général 4 - Réduire la mortalité par cancer de la prostate

62 000 nouveaux cas annuels de cancers de la prostate sont diagnostiqués en France, les situant au 1er rang de l'ensemble des cancers. Ils représentent 34 % des nouveaux cas de cancers chez

l'homme. Ils sont responsables de 9 202 décès annuels, soit la 4ie cause de décès par cancer chez l'homme.
L'évolution est marquée par une augmentation considérable du taux d'incidence sur la période 1980-2005 (+366 %[167]) et une diminution du taux de mortalité (-20 %). Cette augmentation de l'incidence a été plus rapide durant les 5 dernières années (+8,5 % /an) que sur l'ensemble de la période (+5,4 % annuel). L'évolution de la mortalité a été inverse avec -2,5 % par an pour la période 2000-2005 et seulement 0,9 % par an pour l'ensemble de la période. De la même façon, le risque cumulé de cancer de la prostate par cohorte a été considérablement augmenté, passant de 3 % pour la cohorte 1910 à près de 19 % pour la cohorte 1940 alors que le risque cumulé de décès est passé de 1,4 % à 0,85 %. Le ratio incidence/mortalité a ainsi été multiplié par 12 entre les cohortes 1910 et 1940.

Le risque cumulé de décès par cancer de la prostate avant 75 ans est inférieur à 1 % pour les cohortes de naissance postérieures à 1930. Du fait de sa mortalité survenant très tardivement, le cancer de la prostate ne représente que 1,2 % des années potentielles de vie perdues par cancer.
Ces modifications d'incidence n'ont pas d'explication épidémiologique autre que la pratique du dosage des PSA, qui s'est développée en France du fait du remboursement de ces dosages.
Les recommandations de l'Anaes élaborées en 2004 ne concluaient pas en faveur du dépistage systématique et laissaient la décision au médecin généraliste.
La publication récente de deux essais comparatifs[168] pose la question de la pratique de ce dépistage et de la balance bénéfice-risque. La conclusion du seul essai positif (essai européen) est qu'il faut traiter 48 patients pour éviter 1 décès, le taux de surdiagnostic étant estimé supérieur à 50 %.
La HAS mène actuellement une analyse critique de ces deux essais.

Objectifs spécifiques

OS 4-1 : poursuivre la réduction de 2,5 % par an du taux de mortalité par cancer de la prostate

Cet objectif est la poursuite de l'évolution de la mortalité observée entre 2000 et 2005 (taux de mortalité standardisé sur la population mondiale).

Objectif général 5 - Réduire la mortalité par cancer du mélanome

Le mélanome représente 7 400 nouveaux cas par an, dont la majorité chez la femme (4100 vs 3300). Le risque de mélanome augmente avec l'âge : entre 50 et 75 ans le risque double chez les hommes et augmente d'un tiers chez les femmes. Le risque cumulé de décès est ainsi supérieur chez l'homme, traduisant probablement un retard de diagnostic par rapport aux femmes.
L'augmentation des taux standardisés d'incidence a été rapide durant la période 1980-2005 (respectivement +5 %/an et + 3 %/an) avec une tendance plus favorable durant la dernière période observée (2000-2005). L'augmentation a été plus rapide pour les hommes que pour les femmes.
En termes de mortalité, le mélanome est responsable de 1 440/an (moins de 1% des décès par cancer), la majorité survenant chez les hommes (770 vs 670). L'évolution des taux standardisés de mortalité a été moins rapide que celle observée pour l'incidence.
Ces évolutions récentes de l'incidence et de la mortalité qui sont antérieures à la mise en place du plan cancer, peuvent être en partie liées aux effets du diagnostic plus précoce.

Le mélanome n'est pas accessible au dépistage (test en l'absence de signe clinique) mais au diagnostic réalisé au cours d'un examen clinique par un praticien formé. Le diagnostic précoce repose sur l'examen systématique de la peau. La loi de santé publique de 2004 a fixé un objectif concernant

[167] Taux standardisé sur la population mondiale /100 000.
[168] Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, III et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med 2009;360(13):1310-1319. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med 2009;360(13):1320-1328.

le diagnostic de cette tumeur (Objectif 51 : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome).

Objectifs spécifiques

OS 5-1 : dans la population générale, diminuer la proportion de mélanomes diagnostiqués à un stade avancé (indice de Breslow > 1mm)

OS 5-2 : diminuer la proportion de mélanomes diagnostiqués à un stade avancé (indice de Breslow > 1mm) dans la population générale, et, en particulier, chez les personnes de plus de 50 ans

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence Incidence du mélanome selon indice de Breslow Taux pour 100 000	Année	Année
Registre du cancer du Haut-Rhin	InVS	1997-1999	Population générale : Hommes 1,01-2 : 1,9 2,01-4 : 0,8 > 4 : 0,7 Femmes 1,01-2 : 2,5 2,01-4 : 0,8 > 4 : 0,5 50-80 ans : à déterminer		
Enquête InVS 2005-2006	InVS	A déterminer	Population générale : Hommes : Femmes : 50-80 ans :		

Objectif général 6 - Améliorer le diagnostic et la prise en charge des cancers des personnes de plus de 75 ans

30,6 % des nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chez des personnes de plus de 75 ans qui représentent 7,7 % de la population, cette proportion étant encore plus importante pour certaines tumeurs (tumeurs colorectales, de la vessie, certaines hémopathies, etc.). Les données des registres français des cancers montrent un taux relatif de mortalité après diagnostic augmentant fortement en fonction de l'âge au diagnostic.
Le moins bon pronostic des tumeurs les plus fréquentes pour les personnes les plus âgées s'explique par une surmortalité dans la première année qui suit le diagnostic. L'âge ne peut être considéré comme un facteur explicatif de cette augmentation du risque de décès[169][170].

[169]Bossard N, Velsen M, Remontet L et al. Survival of cancer patients in France: a population-based study from The Association of the French Cancer Registries (FRANCIM). Eur J Cancer. 2007 Jan;43(1):149-60.

[170] Colonna M, Bossard N, Remontet L, Grosclaude P; the FRANCIM NetworkChanges in the risk of death from cancer up to five years after diagnosis in elderly patients: A study of five common cancers. Int J Cancer. 2009 Dec 8.

En effet, cette surmortalité est expliquée par un retard au diagnostic, lui-même corrélé à un stade plus avancé au diagnostic, une prise en charge inadaptée et d'éventuelles comorbidités[171].
Enfin, les personnes de plus de 75 ans ne sont plus invitées à participer aux dépistages organisés alors que le risque est encore important (cancer du colon-rectum, cancer du sein).

Objectifs spécifiques

OS 6-1 : diminuer de 30 % la surmortalité après diagnostic de cancer observée à partir de 75 ans pour les cancers du colon-rectum, du sein, de la prostate et les lymphomes malins non hodgkiniens

0S 6-2 : améliorer le stade au diagnostic du cancer du sein et du cancer colorectal chez les personnes de plus de 75 ans

0S 6-3 : inclure plus de 5 % de personnes de plus de 75 ans traitées pour cancer dans les essais cliniques

Ce taux est la moitié du taux d'inclusion fixé lors du précédent plan cancer pour l'ensemble de la population.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Registres du cancer	Francim		Colon-rectum :		
			Prostate :		
			Sein		
			Lymphome malin non hodgkinien:		

[171] Etat des lieux et perspectives en ongocériatrie, Inca 2009, réseau FRANCIM 2009.

OS 6-4: diminuer la proportion de personnes de plus de 75 ans ayant un stade avancé au diagnostic (stade III ou IV) pour les tumeurs du sein, les tumeurs colorectales, et les tumeurs de la prostate

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence	Année	Année
Registres du cancer	Francim/Inca	2000	Colon-rectum: Stade avancé : 75-79 : 25 % ; 80-84 : 23 % >= 85 : 29 %		
			Mélanomes		
		2003	Sein : stades III et IV 75-79 : 4 % ; 80-84 : 5 % >= 85 : 2 %		
		2001	Prostate : stades III et IV 75-79 : 5 % ; 80-84 : 9 % >= 85 : 9 %		

% de cas découverts à un stade avancé III et IV ou IV selon les cancers et selon les tranches d'âge

Objectif général 7 - Développer la prise en charge globale et coordonnée du patient

L'objectif 49 de la loi de santé publique prévoyait d'assurer une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100 % des patients atteints de cancer pour améliorer la survie. Le plan cancer a décliné cet objectif dans un certain nombre de mesures qui ont fait l'objet d'évaluation soit par la Cour des comptes soit par le HCSP. Les dispositifs prévus (réunions de concertation pluridisciplinaire - RCP, centres de coordination en cancérologie, pôles régionaux de cancérologie …) ont été mis en place lors du premier plan cancer. Les réunions de concertation pluridisciplinaires et les réseaux régionaux de cancérologie ont été identifiés comme étant le dispositif le plus abouti dans sa mise en œuvre. La coordination ville-hôpital a été évaluée comme étant moins développée.
La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » a pour objectif d'assurer une utilisation coordonnée des ressources de santé au sein des territoires en favorisant la coopération des différents acteurs de santé.

Objectifs spécifiques

OS 7-1 : faire bénéficier 80 % des patients au moins d'un programme personnalisé de soins et d'une prise en charge coordonnée associant les différents acteurs
Le nombre de patients bénéficiant d'un plan de soins personnalisé (PPS) dans lequel apparaissent les différents acteurs est un indicateur de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge. L'objectif de la précédente loi n'a pu être évalué car, si le nombre de comptes rendus de RCP a augmenté au fil du temps, le nombre de patients auquel il se rapporte est inconnu. La reconduction de cet objectif, en la faisant porter durant cette nouvelle étape sur le Plan de soins personnalisé, paraît souhaitable afin de développer la prise en charge coordonnée des patients.

En conclusion

Dans ce chapitre, sont définis des objectifs en rapport avec la mortalité et la morbidité induites par les pathologies cancéreuses, ainsi qu'avec le système de prévention et de soin. D'autres objectifs, relatifs aux différents facteurs de risque individuels et collectifs, ont été traités dans des chapitres précédents.

L'évaluation du plan cancer avait montré une progression des dépistages ou diagnostics précoces des cancers, mais une inégalité d'accès pour certaines catégories de la population. L'accent est donc mis à présent sur la réduction des inégalités, à la fois en termes de mortalité au niveau des départements, et en termes de dépistage du cancer (sein, colon-rectum, col de l'utérus …). Pour deux cancers (prostate et mélanome), il faut avant tout définir une stratégie nationale de dépistage ou diagnostic précoce. Enfin, l'attention est portée sur les personnes de plus de 75 ans, dont la surmortalité par cancer doit être réduite grâce à une prise en charge plus précoce et adaptée.

Le tableau 6 récapitule ces propositions.

Tableau 6 - Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème des cancers

Objectif général 1 - Poursuivre la réduction de la mortalité par cancers

OS 1-1 : maintenir la baisse tendancielle annuelle de la mortalité par cancer de 2,5 % chez les hommes et de 1,7 % chez les femmes
OS 1-2 : diminuer d'au moins 20 % en 5 ans, les écarts de mortalité par cancer entre les départements
OS 1-3 : diminuer d'au moins 20 % en 5 ans, les écarts de mortalité par cancer colorectal entre les hommes et les femmes
OS 1-4 : diminuer d'au moins 20 % en 5 ans, les écarts de mortalité prématurée par cancer entre les départements

Objectif général 2 - Réduire les inégalités de participation aux dépistages organisés des différents cancers

Sous-objectif général 2-1 : réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage organisé du cancer du sein

OS 2-1-1 : atteindre, en 5 ans, un taux de participation moyen au dépistage organisé du cancer du sein supérieur à 65 %
OS 2-1-2 : atteindre, en 5 ans, un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein supérieur à 50 % dans tous les départements
OS 2-1-3 : chez les femmes âgées de 50 à 74 ans, atteindre 80 % de réalisation d'une mammographie dans les 2 dernières années

Sous-objectif général 2-2 : intensifier la participation au dépistage organisé du cancer colorectal en ciblant les populations concernées

OS 2-2-1 : atteindre, en 5 ans, un taux de participation moyen au dépistage organisé du cancer colorectal d'au moins 60 %
OS 2-2-2 : atteindre, en 5 ans, un taux de participation d'au moins 50 % dans toutes les tranches d'âge concernées par le dépistage organisé du cancer colorectal

Objectif général 3 - Réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus

OS 3-1 : poursuivre la réduction de 2,5 % de l'incidence annuelle du cancer du col de l'utérus
OS 3-2 : réduire l'écart des taux d'incidence du cancer du col de l'utérus entre les départements
OS 3-3 : réduire de 25 % en 5 ans la part des femmes de 25 à 65 ans qui ne font pas l'objet d'une pratique des frottis conforme aux recommandations (moins d'1 frottis/3 ans et plus d'1 frottis/2 ans)

OS 3-4 : atteindre, chez les jeunes filles âgées de 15 ans, une CV supérieure à 80 % pour la vaccination contre les papillomavirus

Objectif général 4 - Réduire la mortalité par cancer de la prostate

OS 4-1 : poursuivre la réduction de 2,5 % par an du taux de mortalité par cancer de la prostate

Objectif général 5 - Réduire la mortalité par cancer du mélanome

OS 5-1 : dans la population générale, diminuer la proportion de mélanomes diagnostiqués à un stade avancé (indice de Breslow > 1mm)
OS 5-2 : diminuer la proportion de mélanomes diagnostiqués à un stade avancé (indice de Breslow > 1mm) dans la population générale, et, en particulier chez les personnes de plus de 50 ans

Objectif général 6 - Améliorer le diagnostic et la prise en charge des cancers des personnes de plus de 75 ans

OS 6-1 : diminuer de 30 % la surmortalité après diagnostic de cancer observée à partir de 75 ans pour les cancers du colon-rectum, du sein, de la prostate et les lymphomes malins non hodgkiniens
0S 6-2 : améliorer le stade au diagnostic du cancer du sein et du cancer colorectal chez les personnes de plus de 75 ans
0S 6-3 : inclure plus de 5 % de personnes de plus de 75 ans traitées pour cancer dans les essais cliniques
OS 6-4 : diminuer la proportion de personnes de plus de 75 ans ayant un stade avancé au diagnostic (stade III ou IV) pour les tumeurs du sein, les tumeurs colorectales, et les tumeurs de la prostate

Objectif général 7 - Développer la prise en charge globale et coordonnée du patient

OS 7-1 : faire bénéficier 80 % des patients au moins d'un programme personnalisé de soins et d'une prise en charge coordonnée associant les différents acteurs

Le HCSP fait les propositions suivantes :

Proposition 1 : mettre en place des politiques locales d'incitation au dépistage organisé du cancer du sein à destination des territoires et des populations faiblement participants en développant la recherche–action (cf. mesures 14.2 du plan cancer).

Proposition 2: mettre en place une campagne de sensibilisation à la participation au dépistage organisé du cancer colorectal adapté aux différentes tranches d'âge concernées (mesure du plan cancer).

Proposition 3: mettre en place un système d'information permettant de mettre en évidence les différences de participation au dépistage organisé du cancer colorectal selon l'âge, les caractéristiques socio-économiques et territoriales (mesure du plan cancer).

Proposition 4 : évaluer la balance bénéfice-risque du dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage des PSA.

Proposition 5 : mettre à disposition de la population concernée et des médecins traitants des recommandations claires concernant la pratique du dosage des PSA et la conduite à tenir en fonction des résultats.

Proposition 6 : définir une stratégie de dépistage précoce du mélanome.

Proposition 7 : renforcer l'information et la sensibilisation à la nécessité du diagnostic précoce de mélanome particulièrement chez les hommes et les personnes âgées.

Proposition 8 : mettre en place des campagnes de sensibilisation à destination des médecins et du public cible, sur l'importance du diagnostic précoce des cancers chez les personnes de plus de 75 ans.

Proposition 9 : élaborer des recommandations pour les personnes de plus de 75 ans ne rentrant plus dans le dispositif de dépistage organisé ou recommandé des cancers (mesure 23.4 du plan cancer).
Proposition 10 : développer la prise en charge des personnes de plus de 75 ans en favorisant une prise en charge pluridisciplinaire associant oncologues et gériatres (mesure 23.4 du plan cancer).

Proposition 11 : recenser la part de la population pouvant être prise en charge par des structures de coordination intégrant médecins traitants, professionnels libéraux et structures de prise en charge spécialisées.

Proposition 12 : développer et financer des expérimentations favorisant les liens ville-hôpital et permettant de définir un modèle d'organisation coordonnée des soins afin d'améliorer l'articulation de l'ensemble des acteurs de proximité : HAD, réseaux de santé, infirmiers et autres soignants libéraux, pharmaciens d'officine et médecins traitants.

Maladies cardiovasculaires et métaboliques

Les maladies cardiovasculaires constituent la deuxième cause de décès en France après les cancers et elles sont la première cause de décès chez la femme. Un décès sur deux correspond à une cardiopathie ischémique ou à une maladie cérébro-vasculaire[172]. Cependant les taux standardisés de décès liés à ces maladies ont diminué de 35 % entre 1990 et 2005, signe avant tout d'une meilleure prise en charge et, dans une moindre mesure, d'une meilleure prévention des facteurs de risque qui y sont associés. Il faut noter que ces taux diffèrent considérablement d'une région à une autre, les plus forts taux étant observés dans le Nord de la France, en Auvergne et en Corse.

La prévalence du diabète pharmacologiquement traité a, quant à elle, considérablement augmenté entre 2001 et 2006 (+5,7% /an entre 2000 et 2005) et le nombre de diabétiques traités en France est estimé à environ 2,5 millions, auxquels il faut ajouter les diabétiques non traités et/ou méconnus. Le poids socio-économique du diabète de type 2 est majeur étant donné sa fréquence et les complications qu'il entraîne, ainsi que l'augmentation du coût des soins du fait des améliorations de prise en charge médicale. D'après des projections réalisées par l'InVS, la moitié de l'augmentation du nombre de personnes diabétiques serait liée au vieillissement de la population, mais l'obésité et la sédentarité, qui sont des facteurs sur lesquels il est possible d'agir, seraient responsables du reste.

Les objectifs nutritionnels et de réduction du tabagisme sont au premier plan de la prévention des maladies cardiovasculaires (coronaropathies, athérome, hypertension artérielle), mais aussi métaboliques (diabète de type 2, certaines dyslipidémies). Ils ont été exposés dans les chapitres précédents sur les addictions et la nutrition, qui préconisent la lutte contre l'obésité et la sédentarité chez l'adulte et le sujet jeune, tout en développant une politique renforçant l'activité physique et améliorant les pratiques alimentaires dans la population dans son ensemble.

Les objectifs de la loi de santé publique d'août 2004 ont été atteints pour la mortalité par cardiopathies ischémiques, partiellement atteints pour l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie. Par contre, la surveillance du diabète demande encore à être améliorée et la survenue de complications mieux prévenue. L'objectif 69[173] comportait un sous-objectif relatif à la réduction de la mortalité des thromboses veineuses profondes. Ce problème représentait 5 065 décès en 2005, soit un taux standardisé de 5,3 pour 100 000 pour les hommes et 4,6 pour les femmes, stable depuis 1990. Cette problématique est plus liée à des processus de qualité de prise en charge post-opératoire et reflète plus spécifiquement la qualité des soins que la prévention des pathologies cardiovasculaires. Aussi cet objectif n'est pas reconduit parmi les propositions pour la loi de santé publique 2010 et il sera plus pertinent de suivre son évolution au niveau de la surveillance de la qualité de soins menée dans chaque établissement de santé.

Il est donc proposé de reconduire, en les reformulant, les objectifs de la loi de santé publique d'août 2004 relatifs aux maladies cardiovasculaires et métaboliques, ainsi qu'à d'autres facteurs de risque cardiovasculaires, non traités par ailleurs, tels que l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle. Les objectifs relatifs aux accidents vasculaires cérébraux sont traités dans le chapitre « Maladies neurologiques ».

Objectif général 1 - Réduire la fréquence de survenue des complications cardiovasculaires, neurologiques, rénales et ophtalmologiques chez les personnes diabétiques traitées

La prévention des complications cardiovasculaires, neurologiques, rénales, et ophtalmologiques est capitale et nécessite une surveillance très stricte, afin de les dépister le plus précocement possible.

[172] Drees. L'état de santé de la population. Rapport 2008.
[173] Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardiovasculaires : cardiopathies ischémiques : de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes d'ici à 2008 ; thromboses veineuses profondes : de 15 % d'ici à 2008.

OS 1-1 : réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires

Chez les personnes diabétiques traitées de type 1 et 2, l'incidence des complications coronaires (infarctus, angor et/ou revascularisation coronaire), déclarées par les médecins des enquêtes Entred, est stable entre 2001 et 2007 (taux bruts de 4 000 pour 100 000 personnes diabétiques). L'incidence de la cécité est estimée à 100 pour 100 000 personnes diabétiques en 2007, mais Entred constitue une source de données peu fiable pour cette complication[174]. Selon le PMSI, les hospitalisations pour plaies du pied sont également en augmentation (taux standardisés : 26 à 30 pour 100 000 habitants), alors que l'incidence des hospitalisations pour amputation reste stable (136 pour 100 000 personnes diabétiques) entre 2003 et 2007. L'entrée en insuffisance rénale terminale traitée avec comorbidité diabète est de 4,7 pour 100 000 d'habitants (taux bruts) en 2006, selon le registre Rein. Le taux de mortalité fluctue légèrement entre 2001 et 2006 (autour de 31 pour 100 000 habitants) selon les données du CépiDC, et une maladie de l'appareil circulatoire est mentionnée dans 60 % des certificats de décès des personnes diabétiques traitées d'Entred.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeurs de référence		Année
Entred	InVS	2007	**Complications***		
			Infarctus du myocarde, angor ou	Prévalence : 16,5 % Incidence : 4,0 %	
			revascularisation coronaire		
			Maux perforants plantaires	Prévalence : 2,3 % Incidence : 0,9 %	
			Amputations d'un membre inférieur	Prévalence : 0,4 % Incidence : 0,4 %	
			Insuffisance rénale chronique : dialyse ou greffe	Prévalence : 0,3 % Incidence : 0,1%	

* Prévalence (complications survenues avant l'enquête) et incidence (survenues au cours des 12 derniers mois) des complications du diabète de type 2 en France métropolitaine – données pondérées du questionnaire médecin

[174] Les participants doivent remplir un auto-questionnaire, peu accessible aux personnes ayant de graves problèmes de vision.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeurs de référence		Année
			Hospitalisations pour :		
PMSI	InVS	2007	Infarctus du myocarde	Taux d'incidence standardisé (pour 100 000 personnes diabétiques) : 208	Statistique annuelle
PMSI	Drees	2007	Plaies du pied	Taux annuel standardisé (pour 100 000 habitants) : 29,9	Statistique annuelle
PMSI	InVS	2007	Amputations d'un membre inférieur	Taux annuel standardisé de séjours hospitaliers (pour 100 000 personnes diabétiques) : 136	Statistique annuelle

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeurs de référence	Année
Réseau REIN		2006	Taux brut d'incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée avec comorbidité « diabète » 47 pour 1 million de personnes	Statistique annuelle
CépiDC-Inserm	InVS	2006	Nombre de décès avec mention de diabète en causes multiples : Total : 32 156 Hommes : 16 281 Femmes : 15 875	Statistique annuelle
CépiDC-Inserm	InVS	2006	Age moyen au décès (ans) (mention de diabète en causes multiples) : Total : 77,9 Hommes : 75,1 Femmes : 80,7	Statistique annuelle
CépiDC-Inserm	InVS	2006	Taux brut de mortalité lié au diabète en causes multiples (pour 100 000 habitants) : Tous âges : 50,7 Hommes : 53,1 Femmes : 48,5	Statistique annuelle

CépiDC-Inserm	InVS	2006	Taux de mortalité lié au diabète en causes multiples standardisé sur l'âge (pour 100 000 habitants) : Tous âges : 30,8 Hommes : 41,1 Femmes : 23,2	Statistique annuelle

Les indicateurs intermédiaires d'état de santé que sont les niveaux d'HbA1c, LDL et pression artérielle seraient également intéressants à connaître, car ils évoluent de façon plus rapide que les complications. Des améliorations de l'HbA1c, LDL et pression artérielle ont ainsi été mesurées dans Entred en six ans.

OS 1-2 : assurer, pour 80 % des diabétiques, une surveillance clinique et biologique conforme aux recommandations de bonne pratique clinique d'ici 5 ans

L'évaluation de l'objectif 54[175] de la loi de 2004 a montré que la part des diabétiques surveillés selon les recommandations énoncées a très lentement augmenté et, pour un examen aussi primordial que la consultation d'ophtalmologie, il n'a pas évolué entre 2001 et 2007 (44% en estimation basse, 51% en estimation haute). Le maintien d'un objectif visant à améliorer la qualité du suivi des patients diabétiques est par conséquent toujours d'actualité.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeurs de référence (estimation basse ne tenant pas compte des examens réalisés en hospitalisation)	Année
Entred	InVS	2007	Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement d'ECG (ou consultation de cardiologie) : 34,4 %	
			Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement de consultation ophtalmologique (ou rétinographie) : 44,1 %	
			Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins trois remboursements pour dosage de l'hémoglobine glyquée : 38 % (et au moins deux remboursements : 64,6 %)	
			Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage du cholestérol (ou bilan lipidique) : 70,8 %	
			Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage de la créatininémie : 79,7 %	
			Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage de microalbuminurie : 26 %	

[175] Assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'Alfediam, l'Afssaps et l'Anaes pour 80 % des diabétiques en 2008 (actuellement 16 à 72 % selon le type d'examen complémentaire).

			Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage des triglycérides (ou bilan lipidique) : 71,1 %	
			Proportion de personnes diabétiques ayant bénéficié dans l'année d'une gradation du risque podologique : 43 %	

Objectif général 2 - Diminuer l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle

En dehors des facteurs nutritionnels, du tabagisme et du diabète, le contrôle des dyslipidémies et de l'hypertension artérielle constitue l'un des principaux leviers de la prévention des pathologies cardiovasculaires. L'objectif est de chercher à normaliser le taux de LDL cholestérol et de cholestérol total chez les sujets ayant un taux supranormal de cholestérol total. Une importante réduction de la cholestérolémie moyenne a été obtenue, selon les données comparées des registres MONICA et MONA LISA, au cours des dix dernières années. L'étude ENNS 2006 permet désormais de mesurer les taux de LDL cholestérol et de cholestérol total en discriminant hommes et femmes.

L'hypertension artérielle, quant à elle, contribue de façon majeure aux décès liés aux pathologies cardiovasculaires en France. Les complications cardiovasculaires, cérébrales, oculaires et rénales justifient que l'on tente de normaliser les chiffres élevés de pression artérielle. Cependant, il est plus pertinent de viser à équilibrer la pression artérielle des personnes hypertendues que de faire baisser en moyenne le niveau de pression artérielle de la population générale, ce que préconisait l'objectif de la loi d'août 2004.

Atteindre un tel objectif suppose de définir préalablement les conditions de mesure de la pression artérielle de façon fiable et reproductible (sujet couché au repos depuis 20 minutes au moins) L'enquête ENNS permet une telle mesure et distingue les patients hypertendus, traités et équilibrés.

Le cas particulier de l'hypertension résiduelle d'effort nécessiterait des recherches pour apprécier le risque encouru. En effet, chez certains malades hypertendus et traités, en particulier porteurs d'autres pathologies à haut risque vasculaire telles que le diabète et/ou les dyslipidémies, on observe une hypertension artérielle résiduelle d'effort, alors même que les chiffres tensionnels de repos sont corrigés. Toutefois, le risque encouru et le pronostic chez de tels patients ne sont à ce jour pas connus.

L'objectif généralement recherché dans le traitement de l'hypertension essentielle est une correction des chiffres tensionnels de repos[176]. De nombreux malades hypertendus, en particulier lorsqu'ils sont porteurs d'autres pathologies fréquemment associées telles que le diabète en général et/ou les dyslipidémies, sont surveillés sur la base des chiffres tensionnels de repos pour apprécier l'efficacité de leur traitement antihypertenseur et savoir s'il est bien conduit et bien observé par le patient. Cependant, la pratique du dépistage d'une ischémie silencieuse chez le diabétique par le test ergométrique met en évidence, de façon fréquente, des chiffres tensionnels d'effort à un niveau élevé, inapproprié avec la modicité de la puissance de l'exercice fourni, alors même que les chiffres tensionnels de repos sont corrigés. L'ergométrie pourrait être une méthode fiable et peu onéreuse de dépistage quantitatif de ces HTA d'effort résiduelles dont le pronostic reste inconnu mais potentiellement péjoratif, en particulier en association avec d'autres pathologies.

[176] The 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 2-therapy. The Canadian Journal of Cardiology 2009; 25(5): 287-98.

OS 2-1 : réduire de 5 %, dans la population adulte, la cholestérolémie moyenne (LDL – cholestérol) en 5 ans

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeurs de référence	Année
ENNS*	InVS	2006-2007	Cholestérolémie moyenne dans la population adulte (18 – 74 ans) : Cholestérol total (g/l) : 2,08 (Hommes : 2,06 - Femmes : 2,11) Cholestérol LDL (g/l) : 1,28 (Hommes : 1,27 - Femmes : 1,28)	

*Enquête en France métropolitaine résidant en ménage ordinaire (hors institution)

OS 2-2 : augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypercholestérolémie traités et équilibrés

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeurs de référence	Année
MONICA	INSERM U558	2007	Prévalence des hypercholestérolémies de type hyperLDLémies* : 36,5% Part des personnes traitées par rapport à la population générale : 12.5 %	
CEPHEUS		2009	Hypercholestérolémie contrôlée dans le haut risque cardiovasculaire** : 55 %	

*Hypercholestérolémies de type LDL = >1,6 g/l
**Haut risque vasculaire : antécédents de maladie coronaire ou vasculaire avérée ou de risques équivalents

OS 2-3 : augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypertension artérielle, traités et équilibrés

Une quantification de cet objectif doit être proposée sur la base des résultats de l'étude avec une ventilation par âge.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeurs de référence	Année
ENNS	InVS	2006-2007	Prévalence de l'HTA : 31 % Hommes : 34,1 % Femmes : 27, 8 % Part des personnes traitées : 50,4% Contrôle de l'HTA : 51 % Hommes : 41,8 % Femmes : 58,5 %	

HTA : Pression artérielle systolique (≥ 14 mm Hg) ou diastolique (≥ 9 mm Hg) élevée ou traitement agissant sur l'HTA

Objectif général 3 - Poursuivre la réduction de la mortalité par pathologies cardiaques

Entre 1990 et 2006, les taux standardisés de mortalité par cardiopathies ischémiques ont fortement diminué (-43 % chez les femmes et -37 % chez les hommes). Malgré la tendance observée, il faut poursuivre l'objectif de réduction de la mortalité par cardiopathies ischémiques, car le niveau actuel est encore élevé avec 38 806 décès en 2006. Il est susceptible d'être encore infléchi par la conjonction d'actions de prévention des facteurs de risque et de prise en charge des pathologies.

En 2006[177], les décès notifiés comme liés à une insuffisance cardiaque s'élevaient à plus de 21 000. La quasi-totalité des décès (96,3 %) concernait des personnes âgées de 65 ans ou plus. Le taux de décès augmente en effet fortement avec l'âge, passant de 4,5 pour 100 000 entre 45 et 64 ans à 83 pour 100 000 entre 65 et 84 ans, puis à 1 026 pour 100 000 pour les 85 ans ou plus. Les phases de décompensation de ces pathologies multifactorielles sont à l'origine de réhospitalisations qui pourraient être, en partie, évitées par une prise en charge adaptée.

OS 3-1 : réduire d'au moins 10 %, en 5 ans, la mortalité associée aux cardiopathies ischémiques
OS 3-2 : réduire d'au moins 20 % en 5 ans les décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, en particulier des sujets âgés

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeurs de référence	Année
Causes médicales de décès	CépicDC-Inserm	2006	Taux de décès par cardiopathies ischémiques standardisés pour l'âge (pour 100 000 habitants) : 37,3 Hommes : 57,1 Femmes : 22,4	Statistique annuelle
PMSI	InVS	2006	Taux de personnes hospitalisées pour insuffisance cardiaque standardisés pour l'âge (pour 100 000 habitants) : 182,2 Hommes : 250,9 Femmes : 131,2	Statistique annuelle

En conclusion

Les objectifs proposés sont dans le prolongement des constats réalisés lors de l'évaluation de la loi de santé publique d'août 2004. Ils visent à mieux suivre les diabétiques et à réduire les complications ; à poursuivre la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires tels que les dyslipidémies et l'hypertension artérielle. Enfin, la réduction de la mortalité due aux cardiopathies ischémiques et aux décompensations aiguës des insuffisances cardiaques reste un objectif essentiel.

Le récapitulatif des objectifs proposés figure dans le tableau 7.

[177] Source Inserm-CépiDC. Données InVS- rapport Suivi des objectifs de la loi de santé publique Drees.

Tableau 7 - Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème des maladies cardiovasculaires et métaboliques

Objectif général 1 - Réduire la fréquence de survenue des complications cardiovasculaires, neurologiques, rénales et ophtalmologiques chez les personnes diabétiques traitées

OS 1-1 : réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires

OS 1-2 : assurer, pour 80 % des diabétiques, une surveillance clinique et biologique conforme aux recommandations de bonne pratique clinique d'ici 5 ans

Objectif général 2 - Diminuer l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle

OS 2-1 : réduire de 5 %, dans la population adulte, la cholestérolémie moyenne (LDL – cholestérol) en 5 ans

OS 2-2 : augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypercholestérolémie traités et équilibrés

OS 2-3: augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypertension artérielle, traités et équilibrés

Objectif général 3 - Poursuivre la réduction de la mortalité par pathologies cardiaques

OS 3-1 : réduire d'au moins 10 % en 5 ans, la mortalité associée aux cardiopathies ischémiques

OS 3-2 : réduire d'au moins 20% en 5 ans, les décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, en particulier des sujets âgés.

Maladies respiratoires chroniques

L'asthme touche 4,1 millions de personnes en France et la BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) 3 à 4 millions de Français. Ces deux pathologies respiratoires constituent une priorité de santé publique dans les pays développés. Ainsi, l'OMS estime que les infections respiratoires et la BPCO sont respectivement au premier et au septième rang des causes de mortalité dans le monde. La prise en charge des maladies respiratoires demeure donc un défi sanitaire majeur. Cependant dans notre pays, on doit encore déplorer des problèmes liés au sous-diagnostic et aux traitements inappropriés de ces deux affections.

Deux objectifs s'intéressaient aux maladies respiratoires chroniques dans la loi de santé publique d'août 2004 : l'un portait sur la réduction des crises d'asthme à l'origine d'hospitalisation, et l'autre, sur l'amélioration de la qualité de vie des malades atteints de BPCO. Une tendance à l'amélioration s'est manifestée pour le premier, mais le deuxième n'a pu être évalué, faute d'outils de mesure adaptés.

Il est donc proposé de reconduire ces deux objectifs en les reformulant.

Objectif général 1 - Réduire la fréquence des crises d'asthme graves

Il existe pour l'asthme des moyens thérapeutiques efficaces. Grâce aux médicaments aujourd'hui disponibles, on constate globalement une meilleure prise en charge médicamenteuse qui a permis d'éviter nombre d'hospitalisations pour crises d'asthme depuis quelques années. Ainsi, l'objectif de la loi de santé publique de 2004, visant à réduire ces hospitalisations, a été pratiquement atteint. Pourtant, des progrès restent à faire pour éviter des décès et des hospitalisations encore trop fréquentes. En effet, malgré l'existence de recommandations de bonnes pratiques, plus d'un asthmatique non contrôlé[178] sur cinq ne prend pas de traitement de fond (Enquête sur la santé et la protection sociale de l'Irdes - ESPS 2006). En termes de prise en charge, il est donc important de former les médecins généralistes, notamment à l'éducation thérapeutique, d'assurer une meilleure coordination des soins entre les services d'urgence et de court séjour hospitalier et d'améliorer la prise en charge des cas d'asthme sévère en assurant une bonne répartition géographique des unités hautement spécialisées.

Il est justifié de suivre particulièrement les jeunes enfants chez lesquels le nombre d'hospitalisations pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme a tendance à augmenter. Toutefois, avant 2 ans, le diagnostic est difficile, de même que chez l'adulte de plus de 50 ans (diagnostic différentiel avec la BPCO).

Il est donc proposé de cibler l'objectif de réduction des hospitalisations pour asthme dans trois classes d'âge, de 2 ans jusqu'à 49 ans.

[178] Selon les recommandations du Gina (Global Initiativ for asthma) la prise en charge se base sur le niveau de contrôle de l'asthme : en fonction d'un certain nombre de paramètres (symptômes diurnes et nocturnes, limitation des activités journalières, fonction pulmonaire et utilisation de bronchodilatateurs), l'état du patient est classifié comme "contrôlé", "partiellement contrôlé" ou "non contrôlé".

Objectifs spécifiques

OS 1-1 : réduire au moins de 5 %, en cinq ans, chez les enfants âgés de 2 à 4 ans, les enfants âgés de 5 à 9 ans et les adolescents et adultes âgés de 10 à 49 ans, la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
PMSI	InVS	2007	Taux hospitalisation pour asthme (Dg principal) (pour 10 000)	2-4 ans : 43,2 5-9 ans : 17,6 10-49 ans :	Statistique annuelle
PMSI	InVS	2007	Taux hospitalisation IRA* associée à asthme (pour 10 000)	2-4 ans : 3,95 5-9 ans : 1,34 10-49 ans :	Statistique annuelle
Causes médicales de décès	CépiDC	2006	Taux de mortalité par asthme (pour 100 000)	Age < 45 ans : 0,16	Statistique annuelle

* Insuffisance respiratoire aiguë

Le taux d'hospitalisation reste en soi intéressant à surveiller avec les limites liées à l'utilisation du PMSI (biais de codage et non-identification des hospitalisations pour bilan), de même que le taux de décès par asthme.

Objectif général 2 - Réduire la fréquence des exacerbations de broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO).

La BPCO est la cinquième cause de décès dans le monde. Le tabagisme en est la principale cause (80 à 90 %), suivi de très loin par les facteurs de risque professionnels (fraction attribuable estimée à 15 %). En France, la mortalité par BPCO (plus de 15 000 décès par an en moyenne entre 2000 et 2003) est sous-estimée, en raison de l'importance du sous-diagnostic de cette maladie, y compris aux stades sévères. Son diagnostic tardif retarde la prise en charge et, par conséquent, aggrave les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité qui dégradent la qualité de vie des patients. Malheureusement, aucun indicateur épidémiologique, ni principal, ni complémentaire ou indirect, n'est à ce jour disponible pour mesurer cet impact en termes de qualité de vie.

Contrairement à l'asthme, la BPCO pâtit en outre d'un manque d'efficacité thérapeutique. Or, les délais d'exposition avant d'exprimer la maladie sont très longs et les variations de prévalence ne peuvent donc s'observer qu'à long terme.

Du point de vue de la gravité, le nombre d'hospitalisations pour BPCO représente, tout comme pour l'asthme, un élément de suivi possible. Cependant il semble difficile de proposer d'ores et déjà des objectifs spécifiques quantifiés dans la mesure où l'évolution des taux d'hospitalisation pour

exacerbation de BPCO est difficile à interpréter, d'autant plus qu'elles évoluent différemment chez les hommes et chez les femmes (augmentation chez celles-ci, du fait de l'impact plus récent du tabac)[179].

Par conséquent, il faudra, pour la prochaine loi, définir les éléments nécessaires à la surveillance de la BPCO et proposer des mesures d'amélioration du dépistage et de la prise en charge.

La quantification de cet objectif sera réalisée à partir des résultats des analyses sur les hospitalisations et sur la mortalité qui ont été effectuées par l'InVS.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
PMSI	InVS/DREES	2007	Nombre et taux hospitalisation pour BPCO	Taux (tous âges confondus) : 4 pour 1 000	
Causes médicales de décès	CépiDC		Nombre de décès Taux de mortalité par BPCO et liée à la BPCO	A définir	

En conclusion

La loi de santé publique d'août 2004 comportait deux objectifs relatifs respectivement à l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Bien que globalement atteint, l'objectif de réduction des hospitalisations pour asthme est reconduit, avec une attention particulière portée aux jeunes enfants et en ciblant l'évolution dans certaines tranches d'âge. Quant à la BPCO, sa fréquence et sa gravité justifient de conserver l'objectif et de le réorienter dans une perspective d'amélioration du diagnostic et de la prise en charge.

Le tableau 8 récapitule les objectifs sur le thème des maladies respiratoires chroniques.

Tableau 8 : Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème des maladies respiratoires chroniques

Objectif général 1 - Réduire la fréquence des crises d'asthme graves

OS 1-1 : réduire au moins de 5 %, en 5 ans, chez les enfants âgés de 2 à 4 ans, les enfants âgés de 5 à 9 ans et les adolescents et adultes âgés de 10 à 49 ans, la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation

Objectif général 2 - Réduire la fréquence des exacerbations de broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO)

[179] Fuhrman C, Delmas MC. Hospitalisations pour exacerbations de BPCO : comment les identifier à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information ? Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, août 2009, 16 p.

Dans ce cadre, le HCSP formule des propositions spécifiques et générales.

Propositions spécifiques à l'asthme

P 1 : permettre la surveillance régulière de la prévalence de l'asthme et du contrôle de l'asthme non contrôlé dans le cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire ;

P 2 : assurer la surveillance de l'asthme à un rythme régulier dans l'enquête ESPS de l'Irdes et l'enquête santé de l'Insee avec un module sur la santé respiratoire ;

P 3 : renforcer le dispositif Oscour[180] de recueil des données aux urgences pour disposer d'informations représentatives (nombre de passages aux urgences pour motif d'asthme avec niveau de gravité) ;

P 4 : développer un système général d'information ou des études sur le secteur ambulatoire et compléter les systèmes existants.

Propositions spécifiques à la BPCO

P 1 : encourager la mesure de la fonction respiratoire dans les enquêtes de santé.

P 2 : développer le dépistage de la BPCO en médecine du travail.

P 3 : améliorer la formation des généralistes au diagnostic précoce de BPCO.

Pour éviter le diagnostic tardif et ses conséquences délétères, le médecin traitant doit être sensibilisé au diagnostic précoce. Cependant il faut noter que l'utilisation de spiromètres à grande échelle est difficile pour des raisons de financement et surtout de manque d'investigateurs formés et expérimentés.

P 4 : développer la réhabilitation des personnes atteintes de BPCO.

Propositions générales en termes de recherche

Pour disposer d'indicateurs de morbidité et pour agir sur les déterminants, il serait nécessaire de mener des recherches sur :

- la prévalence du contrôle des symptômes de l'asthme au sens du GINA 2006[181] ;
- les déterminants socio-économiques de l'asthme et de la BPCO ;
- les facteurs de pronostic de la BPCO.

[180] Réseau d'Organisation de la surveillance coordonnée des urgences.
[181] GINA : Global initiativ for asthma.

Maladies neurologiques

Les maladies neurologiques d'origine centrale ont comme impact majeur sur la santé la limitation fonctionnelle ou cognitive des patients et une perte d'autonomie dont les conséquences sont d'ordre médico-social et psychologique. Ainsi, tous les objectifs proposés par la loi de santé publique d'août 2004 dans cette thématique visaient à réduire ou prévenir ces limitations fonctionnelles ou cognitives et atténuer la perte d'autonomie induite. Cependant, en raison du manque d'une part de données épidémiologiques stables, d'autre part, de définition des outils de mesure et des systèmes d'information nécessaires à la mise en place et au suivi d'indicateurs adaptés, ces dimensions prédominantes dans ce type de pathologies n'ont pu être évaluées.

L'importance de ces problèmes de santé nécessite, par conséquent, de conserver ces problématiques pour la prochaine loi. Pour ce faire, il est proposé de les aborder par le biais de l'amélioration de la qualité de vie et d'une meilleure prise en charge.

Objectif général 1 - Limiter la perte d'autonomie des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et le retentissement de cette maladie sur les proches des patients

La maladie d'Alzheimer a fait l'objet de trois plans ; le dernier est porté par le président de la République. Les actions mises en œuvre ont été très nombreuses : formalisation de consultations mémoire et de centres mémoire de ressources et de recherche, recommandations de pratiques cliniques sur la place des médicaments anti-Alzheimer, outils d'éducation pour la santé, réflexion éthique …

L'atteinte de l'objectif associé à la loi de santé publique d'août 2004 n'a pu être évaluée car l'objectif préalable de mesure de la perte d'autonomie des patients et du retentissement sur les proches n'a pas été réalisé, faute des outils nécessaires. De plus, la population de référence n'est pas précisément connue : il y a, en effet, une discordance entre l'estimation de la prévalence de cette maladie par l'Inserm (expertise collective 2007 : de 600 000 à 1,2 million) et les données de l'assurance maladie CnamTS, CCMSA, RSI (400 000 patients en ALD 15 ou bénéficiant d'un traitement spécifique en 2007).

Les mesures préconisées dans le plan Alzheimer présenté le 1er février 2008 devraient maintenant permettre de répondre à cet objectif. Ainsi, certaines d'entre elles portent sur la mise en place d'un suivi épidémiologique : la mesure 34 à partir des données des malades suivis en centres spécialisés (données d'activité et d'épidémiologie) par l'intermédiaire d'un dossier informatisé commun ; la mesure 29, qui prévoit la mise en place de deux cohortes à visée de recherche clinique, l'une populationnelle, l'autre de malades, pour lesquelles il serait nécessaire de proposer un volet additionnel de santé publique.

Cette maladie reste encore peu connue. Sa meilleure prise en charge nécessite en outre de développer des méthodes diagnostiques nouvelles et des thérapeutiques, médicamenteuses ou non.

Sous-objectif général 1-1 : ralentir l'aggravation des troubles cognitifs chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer

La prise en charge des troubles de la mémoire en consultation spécialisée et l'accompagnement psycho-social ont un impact d'autant plus bénéfique qu'ils sont précoces.
Le Mini-Mental Status Examination (MMS-E) est le test de référence recommandé par la HAS pour le dépistage des démences, notamment dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Il est coté sur 30. En 2007, le MMS moyen au moment du diagnostic est de 19 sur 30.

Objectif spécifique

OS 1-1-1 : ramener à 10 %, en 5 ans, la proportion de patients ayant un MMS inférieur à 16 au moment du diagnostic de maladie d'Alzheimer

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence		
Cohorte Imagine puis système d'information national Calliope	InVS	2008	MMS <16 : 16,5 % (n=9642)	2010*	Statistique annuelle

* Actuellement, les centres de consultation mémoire de trois régions sont équipés et collectent les informations dans le cadre du système national Calliope. Le plan prévoit une exhaustivité en 2010.

Sous-objectif général 1-2 : **réduire le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne de la personne malade et la santé de son aidant**

Le maintien à domicile et le soutien des aidants visent à préserver la qualité de vie et les repères de la personne atteinte dans son environnement quotidien. Le placement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) devrait donc, dans la mesure du possible, être utilisé en dernier recours. A cet effet, le plan Alzheimer prévoit d'accroître la proximité de professionnels d'aide à la vie quotidienne et d'accompagnement médico-social formés spécifiquement à cette maladie.

L'enquête de 2009 de l'Inpes permet de mesurer, d'une part, l'état de santé perçu des aidants, d'autre part, la satisfaction de la population générale, des aidants et des malades sur leur prise en charge. Une enquête similaire sera réalisée fin 2011.

Par ailleurs, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont particulièrement sensibles aux psychotropes. Or, ces spécialités leur sont fréquemment prescrites, en raison des troubles comportementaux présents dans certaines phases de la maladie et de nombreuses pathologies associées. Les risques d'accoutumance et d'événements indésirables sont importants. Les neuroleptiques étaient prescrits chez 17 % de ces patients en 2007, chez 16 % en 2008 (étude HAS/assurance maladie), ce qui reste encore une proportion importante.

Il est donc proposé trois objectifs en rapport avec la qualité de vie, visant à :

- réduire les placements en EHPAD ;
- réduire la prescription des neuroleptiques chez ces patients ;
- réduire le fardeau de l'aidant.

Objectifs spécifiques

OS 1-2-1 : favoriser le maintien à domicile des patients atteints de maladie d'Alzheimer

La diminution des placements en EHPAD est un indicateur de maintien à domicile. Les premières données de la cohorte PLASA fourniront le seuil de référence.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
Cohorte PLASA	Inserm U 558 puis fondation de coopération scientifique		Taux de personnes placées en EHPAD	13 %	

OS 1-2-2 : réduire de 10 %, en 5 ans, chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer, la proportion de patients ayant une prescription de neuroleptiques

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
Personnes en ALD 15*	CnamTS, CCMSA et RSI	2008 (étude HAS – assurance maladie)	Nombre de personnes en ALD 15 sous neuroleptiques / nombre d'ALD 15	16 %	

* Affection de longue durée 15 : maladies d'Alzheimer et autres démences

OS 1-2- 3 : améliorer l'état de santé perçu des aidants des patients atteints de maladie d'Alzheimer

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		
Enquête Santé perçue des aidants	INPES	2009	Etat de santé perçu de l'aidant Santé perçue (aidant d'Alzheimer) comme mauvaise % d'aidants n'arrivant pas à se ménager des moments pour eux	 17 % 24 %	2011

<u>Objectif général 2 - Réduire la mortalité et les séquelles lors d'un accident vasculaire cérébral</u>

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent la troisième cause de mortalité et la première cause de handicap grave (50 à 75 % des patients gardent des séquelles). Les coûts de santé induits sont de l'ordre de 18 000 € par patient et par an. Le pronostic clinique des AVC est fortement dépendant de l'efficacité de leur prise en charge. Il est lié à la rapidité de mise en œuvre de la surveillance intensive et des thérapeutiques utilisées. Les AVC ont fait l'objet d'une mesure du plan « Maladies cardiovasculaires » 2002-2005. De nombreuses actions ont suivi : recommandations de pratiques cliniques par la HAS, nomination d'un expert coordinateur national, intégration d'un axe AVC dans le SROS, circulaires d'organisation de soins, création d'unités neurovasculaires (UNV), …
Cependant, les enquêtes de la Société française neurovasculaire (SFNV) indiquent que moins de la moitié des patients est régulée par le centre 15 et que seulement 50 % des patients arrivent aux urgences dans des délais compatibles avec une thrombolyse. Par ailleurs, 20 % seulement de l'ensemble des patients victimes d'AVC étaient hospitalisés en UNV, avec d'importantes variations régionales (8 à 33 %, données ATIH). La création en 2009 de soins de suite et de réadaptation spécialisés neurologiques ou gériatriques apportera en outre des réponses plus appropriées pour la prise en charge d'aval.

Le rapport Féry-Lemonnier[182] remis en octobre 2009 à la ministre de la santé, fait de nouvelles propositions pour améliorer la prévention et la prise en charge des AVC en France. Un plan d'action 2010-2014 est en cours de rédaction.

En 2004, l'objectif de la loi de santé publique portait sur la réduction de la fréquence et de la sévérité des séquelles fonctionnelles, dont la mesure était complexe et n'a porté que sur la mortalité et les hospitalisations.

Ainsi, le principal objectif mesurable en termes de résultat de santé est la mortalité. En effet, l'estimation de la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles, réalisée à partir des données du seul registre de Dijon, ne permet pas une extrapolation au niveau national.
En ce qui concerne la qualité de la prise en charge immédiate de l'AVC, il est encore prématuré de proposer une exploitation des indicateurs IPAQSS[183] de la HAS, qui sont en cours de généralisation dans les établissements de santé.

Pour la prochaine loi de santé publique, il apparaît indispensable de conserver un objectif reformulé décliné en objectifs spécifiques portant sur la réduction de la mortalité par AVC et l'amélioration des filières de prise en charge afin de permettre un traitement adapté. Enfin, il est nécessaire d'étudier la capacité des registres nouvellement mis en place à surveiller l'évolution des séquelles.

Objectifs spécifiques

OS 2-1 : réduire d'au moins 10 %, en 5 ans, la mortalité induite par les AVC

Le taux de décès par maladies cérébro-vasculaires standardisé sur la population européenne est passé de 39 à 29,5 pour 100 000 habitants entre 2000 et 2006, ce qui correspond à une diminution de 25 % en 6 ans. La France est ainsi le pays ayant la plus faible mortalité par maladies cérébro-vasculaires parmi les pays de l'Union européenne. Cependant, de fortes inégalités régionales sont encore observées.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	
Causes médicales de décès	Inserm CepiDC	2006	25,9 pour 100 000 (standardisé par âge)	Statistique annuelle

OS 2-2 : augmenter la fréquence de recours aux filières de prise en charge spécialisée des AVC

Le recours aux filières de prise en charge spécialisée est préconisé pour permettre aux patients victimes d'AVC de recevoir les soins appropriés dans les plus brefs délais :

- atteindre un pourcentage de 80 % de patients victimes d'AVC régulés par le centre 15 (cohorte);
- atteindre un pourcentage de 50 % de patients victimes d'AVC admis en unité neurovasculaire (UNV**)**
- atteindre un pourcentage de 40 % de patients ayant fait un AVC admis en soins de suite (SSR) spécialisés[184] neurologiques et gériatriques.

[182] La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Rapport de la Dr Elisabeth Fery-Lemonnier, Conseillère générale des établissements de santé, à Madame la ministre de la santé et des sports. Juin 2009.
[183] Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins.
[184] Les SSR spécialisés se sont mis en place à partir de 2009.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	
Enquête AVC 69*	Université Lyon 1	2006-2007	Patients ayant un AVC régulés par le 15 : 43 %	
PMSI	InVS	à déterminer	Patients ayant un AVC admis en UNV : 13 %	Statistique annuelle
PMSI SSR	InVS		Patients admis en SSR spécialisé / patients ayant fait un AVC	Statistique annuelle

* Les données sur la régulation ne sont pas accessibles en routine et sont issues d'enquêtes *ad hoc* qu'il conviendrait de renouveler pour analyser l'évolution.

OS 2-3 : augmenter l'accès des patients victimes d'AVC à un traitement approprié

Les indicateurs suivants pourront, à terme, permettre de définir des objectifs quantifiés, à partir du recueil IPAQSS de la HAS[185] en cours de généralisation dans les établissements de santé ou d'une évolution du PMSI :

- pourcentage de patients recevant le traitement moins de 3 heures après les premiers symptômes ;
- pourcentage de patients thrombolysés en cas d'infarctus cérébral (actuellement 1 % d'après les données de l'enquête de la Société française neurovasculaire, SFNV).

Cependant aucun recueil systématique sur le traitement de l'AVC n'est encore généralisé dans les établissements de santé.

OS 2-4 : diminuer de 50 % au moins, en 5 ans, la fréquence des séjours de longue durée pour AVC

Les séjours longs, qu'il s'agisse du court ou du moyen séjour, sont essentiellement le reflet d'un manque de structures d'aval. Deux indicateurs portant sur la réduction de la part des séjours longs sont proposés pour mesurer l'amélioration :

- diminuer de moitié, en 5 ans, le pourcentage de séjours de durée supérieure à 1 mois[186] en secteur de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ;
- diminuer de moitié, en 5 ans, le pourcentage de séjours de durée supérieure à 6 mois[187] en secteur de soins de suite et de rééducation (SSR).

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	
PMSI MCO	InVS	2007	% de séjours supérieurs à un mois : 6,2 %	Statistique annuelle

[185] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins.
[186] Les séjours de plus de 30 jours représentent actuellement le quart de l'ensemble des journées d'hospitalisation pour AVC ou AIT (26,6 %).
[187] La durée cumulée de séjour en SSR était supérieure à 90 jours pour 22,6 % des patients et supérieure à 180 jours pour 4,8 %. Le poids des journées au-delà de 90 jours s'élève à 20,4 % et celui des journées au-delà de 180 jours, à 3,8 %.

PMSI SSR	InVS	2007	% de séjours supérieurs à 6 mois : 4,8 %	Statistique annuelle

Objectif général 3 - Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est fréquente puisqu'elle touche environ 2 % de la population après 65 ans. Elle a un retentissement fort sur la qualité de vie, du fait des troubles moteurs, de l'équilibre et des troubles cognitifs sévères qui l'accompagnent. La maladie de Parkinson entraînerait une incapacité majeure ou un décès pour 25 % des cas à 5 ans, 65% des cas à 10 ans et 80 % des cas à 15 ans. Malgré l'accès à des traitements symptomatiques, elle reste une source de handicap physique et social (vie professionnelle et personnelle)[188].

L'objectif associé à la loi de santé publique d'août 2004 (retarder la survenue des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activités sévères chez les personnes atteintes) n'a pu être évalué dans la mesure où l'objectif préalable de définition de critères de sévérité n'a pas été réalisé. En effet, il n'y a pas d'études disponibles en France permettant de classer les différentes formes de maladie de Parkinson en fonction de leur gravité.
En outre, les données épidémiologiques disponibles ne permettent pas d'apprécier la qualité de la prise en charge des patients, tant médicale que chirurgicale ou fonctionnelle.
Il existe cependant des échelles validées de handicap et de qualité de vie, spécifiques de la maladie (PDQ 8 et PDQ 39 par exemple)[189] [190]et des travaux sont en cours (analyse de cohortes) pour évaluer[191] :

- la gravité du handicap, son évolution et le retentissement socioprofessionnel (échelle UPRDS) ;
- la qualité de vie (échelle type SF 36) ;
- le retentissement socioprofessionnel (pourcentage de patients en activité et en invalidité et le pourcentage des aidants actifs ayant une activité à plein temps).

Aussi, même s'il n'existe pas de plan d'actions spécifiques à la maladie de Parkinson, il est d'ores et déjà possible de proposer des objectifs d'amélioration des connaissances épidémiologiques, avant de formuler dans un futur proche des objectifs quantifiés. Ils devraient porter en particulier sur l'évolution de la gravité du handicap, de la qualité de vie, et des besoins de soins et de services au cours de la maladie de Parkinson.

[188] Schrag et al. Mov Disord 2003 ; Schrag et al Lancet Neurol 2006 ; Schrag A, Hovris A, Morley D, Quinn N, Jahanshahi M.Young- versus older-onset Parkinson's disease: impact of disease and psychosocial consequences. Mov Disord. 2003 Nov;18(11):1250-6.
[189] Luo N Mov Disord 2009, Hagell P et al JNNP 2007, Mauduit N Rev neurol 2000.
190 Hagell P, Nygren C.The 39 item Parkinson's disease questionnaire (PDQ-39) revisited: implications for evidence based medicine. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2007 Nov;78(11):1191-8 ; Mauduit N, Schück S, Allain H, Chaperon J. Rating scales and questionnaires in Parkinson's disease Rev Neurol (Paris). 2000 ;156 Suppl 2 Pt 2 :63-9 ; Luo N, Tan LC, Zhao Y, Lau PN, Au WL, Li SC. Determination of the longitudinal validity and minimally important difference of the 8-item Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-8). Mov Disord. 2009 Jan 30;24(2):183-7.
[191] Muslimovic D et al Neurology 2008, Griffin HJ et al Mov Disord 2008.

Objectif général 4 - Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de sclérose en plaques (SEP)

La gravité de la SEP tient aux incapacités qu'elle entraîne, à leur retentissement sur la qualité de vie et à sa mortalité. La distribution des modes évolutifs de la maladie est la suivante : formes rémittentes (par poussées) 61,7 %, formes secondairement progressives 23,9 %, formes progressives d'emblée 14,5 %. La répartition des taux d'incidence est inégale en France. Ils sont plus élevés dans le Nord-Est, moindres dans le Sud et Sud-Ouest. La SEP, malgré l'accès à des traitements, reste une source de handicap physique et social (vie professionnelle et personnelle)[192] [193].

L'objectif associé à la loi de santé publique d'août 2004 était de pallier les limitations fonctionnelles induites par la maladie, avec comme objectif préalable de mettre en place un dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activités liées à la SEP. Cet objectif n'a pas pu être évalué ni l'objectif préalable réalisé.
Un logiciel de suivi de l'état de santé des patients atteints de SEP, utilisé en 2005 par treize centres spécialisés français (environ 20 000 patients inclus) dans le cadre de l'action concertée européenne « EDMUS » (*European Database for Multiple Sclerosis*), comporte des échelles d'incapacité et de qualité de vie, en partie spécifiques à la SEP (score de handicap ponctuel et de handicap résiduel)[194]. Cependant ces données n'ont pas permis de déterminer comment évolue la perte d'autonomie des personnes malades.

Il existe des échelles validées de handicap et de qualité de vie spécifiques de la maladie[195] et des travaux sont en cours (analyse de cohortes) pour évaluer :

- la gravité du handicap, son évolution et le retentissement socioprofessionnel (échelle EDSS pour évaluer le handicap)[196] ;
- la qualité de vie (échelle spécifique validée - échelle SF 36)[197] ;
- le retentissement socioprofessionnel (pourcentage de patients en activité et en invalidité et le pourcentage des aidants actifs ayant une activité à plein temps)[198].

Il est proposé un objectif d'amélioration des connaissances épidémiologiques, avant de formuler dans un futur proche des objectifs quantifiés qui porteront essentiellement sur l'évolution dans le temps de la gravité du handicap, de la qualité de vie, des besoins de soins et de services.

---

[192] (The costs of multiple sclerosis: a cross-sectional, multicenter cost-of-illness study in Italy. Amato MP, Battaglia MA, Caputo D, Fattore G, Gerzeli S, Pitaro M, Reggio A, Trojano M; Mu. S. I. C. Study Group. J Neurol. 2002 Feb;249(2):152-63.The burden of multiple sclerosis: a community health survey. Jones CA, Pohar SL, Warren S, Turpin KV, Warren KG. Health Qual Life Outcomes. 2008 Jan 7;6:1.).

[193] Livre blanc de la sclérose en plaques. Paris : Les Etats généraux de la SEP (éditeur), 2006, 162 p., tabl., ill., réf.bibl., FRA ; http://test.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/Info/343901

[194] European validation of a standardized clinical description of multiple sclerosis. Amato MP, Grimaud J, Achiti I, Bartolozzi ML, Adeleine P, Hartung HP, Kappos L, Thompson A, Trojano M, Vukusic S, Confavreux C; Evaluation of the EDMUS system (EVALUED) Study Group.J Neurol. 2004 Dec;251(12):1472-80.

[195] Outcome measures for multiple sclerosis clinical trials: relative measurement precision of the Expanded Disability Status Scale and Multiple Sclerosis Functional Composite. Hobart J, Kalkers N, Barkhof F, Uitdehaag B, Polman C, Thompson A. Mult Scler. 2004 Feb;10(1):41-6.
Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29): reliability and validity in hospital based samples. Riazi A, Hobart JC, Lamping DL, Fitzpatrick R, Thompson AJ. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2002 Dec;73(6):701-4.
Multiple sclerosis: assessment of disability and disability scales. Thompson AJ, Hobart JC. J Neurol. 1998 Apr;245(4):189-96. Review.
Quality of life in multiple sclerosis. Vernay D, Gerbaud L, Clavelou P. Rev Neurol (Paris). 2001 Sep;157(8-9 Pt 2):1139-42. French.

[196] Assessing disability progression with the Multiple Sclerosis Functional Composite. Rudick R, Polman C, Cohen J, Walton M, Miller A, Confavreux C, Lublin F, Hutchinson M, O'Connor P, Schwid S, Balcer L, Lynn F, Panzara M, Sandrock A. Mult Scler. 2009 Aug;15(8):984-997.

[197] Pain and quality of life in the early stages after multiple sclerosis diagnosis: a 2-year longitudinal study. Brochet B, Deloire MS, Ouallet JC, Salort E, Bonnet M, Jové J, Petry KG. Clin J Pain. 2009 Mar-Apr;25(3):211-7.

[198] Experiences of partners of people in the early stages of multiple sclerosis. Bogosian A, Moss-Morris R, Yardley L, Dennison L. Mult Scler. 2009 Jul;15(7):876-84. Epub 2009 Jan 23. Néanmoins, cet aspect du retentissement de la maladie devrait faire l'objet d'études spécifiques en France.

Objectif général 5 - Améliorer la prise en charge de l'épilepsie de l'enfant de moins de 16 ans pour en limiter les séquelles

La HAS rappelle que « *les épilepsies de la première enfance (moins de 3 ans) sont souvent graves. Les épilepsies de la deuxième enfance et de l'adolescence revêtent des aspects cliniques très variés, souvent de bon pronostic bien que la moitié d'entre elles restent sévères et résistantes aux anti-épileptiques. Les difficultés d'insertion peuvent être grandes, même dans les épilepsies relativement bénignes. Elles peuvent être favorisées par les réactions de l'entourage, en particulier familial, allant de la surprotection au déni, voire au rejet, par les difficultés d'insertion scolaire, par une mauvaise tolérance au traitement* »[199].

En 2000, les données du régime général de l'assurance maladie ont permis de déterminer la prévalence de la maladie par classes d'âge chez les patients ayant eu au moins un remboursement de médicament à visée anti-épileptique[200]. Avant l'âge de 15 ans, elle était de 4,2/1 000, portant à environ 50 000 le nombre d'enfants traités pour une épilepsie en France. En cas d'hospitalisation, les catégories utilisées dans le PMSI ne sont pas assez précises pour estimer la proportion des enfants ayant une épilepsie active. Par ailleurs, les ALD sous-estiment le nombre d'épilepsies graves de l'enfant.

Le plan national maladies rares a permis la création d'un Centre de référence épilepsies rares (CRéER) multi-sites, dédié à l'enfant et à l'adulte, et de centres de compétences. Cela a permis d'homogénéiser les diagnostics et de formaliser des protocoles de prise en charge : prise en charge en réseau, élaboration de protocoles de soins et de recherche seulement pour les épilepsies les plus sévères.
Le financement des bilans pré-chirurgicaux invasifs chez l'enfant et l'adulte a été revalorisé grâce à la création dans le PMSI d'un nouveau groupe homogène de malades (GHS)[201]. Il permet d'assurer la pérennité de cette activité qui conduit à proposer un traitement chirurgical à certaines épilepsies partielles pharmaco-résistantes avec une guérison de la maladie chez 60 à 80 % des patients opérés.

La création d'un registre national sur l'épilepsie (GRENAT) a démarré en 2007. Le site « INTEGRASCOL » financé par le ministère de l'éducation nationale et destiné à donner de nombreuses informations sur les maladies chroniques aux enseignants et aux familles, comporte depuis 2008 une fiche médicale et pédagogique concernant les épilepsies de l'enfant.

L'étude Inserm EPI-VdM[202] a montré que parmi les 1 013 enfants âgés de moins de 16 ans ayant eu au moins un remboursement d'un médicament à visée anti-épileptique dans le département du Val-de-Marne en 2004, 76 % recevaient une monothérapie, 43 % bénéficiaient de l'exonération du ticket modérateur, 25 % avaient une prise en charge rééducative et 10 % étaient en institution. De plus, l'épilepsie représentait la troisième cause d'intervention d'un médecin scolaire (même ordre que pour le diabète) après l'asthme et les allergies.
Cette étude a mis en évidence le manque d'indicateurs de base et d'outils adéquats[203] pour repérer, analyser et prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie. En effet, si le remboursement d'un médicament à visée anti-épileptique apparaît comme un critère valable pour des études de prévalence, il ne permet pas de remonter jusqu'au patient concerné (données anonymes). Pourtant, dans l'étude Inserm EPI-VdM, l'analyse d'une population de 219 enfants d'âge scolaire et atteints de tous les types d'épilepsie a confirmé l'importance des troubles d'apprentissage des difficultés d'autonomie et le retentissement sur la vie sociale et familiale[204]. Les modalités d'intervention étaient des aides rééducatives dont certaines n'étaient pas prises en charge et n'étaient donc pas quantifiables telles que les prestations de psychologie, psychomotricité ou

[199] Liste des actes et prestations pris en charge au titre de l'ALD Epilepsies graves *HAS* Octobre 2008.
[200] La population traitée par médicaments anti-épileptiques en France métropolitaine en 2000 : les données du régime général de l'Assurance maladie. Karsenty D. Bourdel H. Cherrier C. Dumas Y. Vallier N. Weill A., Vincke B. Fender P. Allemand H et le groupe Médipath. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* volume 36 n°2 / avril-juin 2006.
[201] Publication Journal Officiel. *Ministère de la santé et des solidarités*. Arrêté du 27 février 2007.
[202] Etude des troubles cognitifs chez les enfants âgés de 3 à 16 ans atteints d'épilepsie et de leurs conséquences en termes d'intégration scolaire et de qualité de vie - Etude EPI-VdM : Epilepsie Val-de-Marne. Bulteau C. Soria C. El Sabbagh S Escolano S Dellatolas G. *Convention DGS-Inserm N° de projet R0409LL Allocation RMCO4019LLA Rapport final* janvier 2006 : 96 pages.
[203] Quality of life in children with epilepsy : a review. Soria C, Bulteau C, El Sabbagh S, Jambaqué I, Bobet R, Dellatolas G. *Archives Françaises de Pédiatrie* 2008 sep ; 15 (9) : 1474-1485.
[204] Impact of epilepsy characteristics and behavioral problems on school placement in children. El Sabbagh S, Soria C, Escolano S, Bulteau C Dellatolas G. *Epilepsy and behaviour* 2006: 573-578.

ergothérapie. Une échelle de dépistage des troubles associés aux épilepsies de l'enfant a été proposée et pourrait être utilisée pour de prochaines études.

L'objectif annexé à la loi de santé publique d'août 2004[205] n'a donc pas pu être évalué.

Cependant, il apparaît important de poursuivre la recherche, notamment pour améliorer la connaissance épidémiologique et les critères de mesures de la qualité de la prise en charge.

Il est proposé de produire des données épidémiologiques de base (incidence, prévalence des épilepsies actives à partir de données de remboursement de médicament anti-épileptiques, et ALD des caisses d'assurance maladie, ….) et de poursuivre le développement de l'échelle de dépistage des troubles associés aux épilepsies (développée dans l'étude EPI-VdM), qui pourrait être ensuite systématiquement proposée aux familles dès le diagnostic d'épilepsie et/ou lors du remboursement d'un anti-épileptique et/ou lors d'une ALD.

Objectif général 6 - Mettre en place un système d'information permettant de mieux connaître la prise en charge médico-psycho-sociale des épilepsies de l'adulte

L'épilepsie est la deuxième maladie neurologique la plus fréquente, après la migraine, avec une prévalence estimée à 0,7 % en population générale. Elle peut débuter à tout âge, aussi bien chez un nouveau-né que chez un sujet âgé de plus de 80 ans. Les causes d'épilepsie sont multiples, tout type de lésion (post-traumatique, post-accident vasculaire cérébral, post-infectieuse, dégénérative, etc.) ou de dysfonctionnement (anomalies génétiques de l'excitabilité des neurones, malformations du développement cérébral, maladies métaboliques) du cortex cérébral pouvant être à l'origine de crises d'épilepsie.

Chez l'adulte, des difficultés sociales et professionnelles sont souvent associées à cette maladie chronique. Les raisons en sont multiples : (i) la persistance de crises, lorsque la maladie n'est pas contrôlée par les médicaments (près de 25 % d'épilepsies pharmaco-résistantes) ; (ii) le retentissement cognitif des différents médicaments antiépileptiques, qui sont souvent prescrits en association en cas de pharmaco-résistance (effet sédatif de nombreuses molécules ; troubles de l'attention, de l'apprentissage liés à certaines molécules) ; (iii) la comorbidité psychiatrique fréquente (troubles anxieux généralisés, syndromes dépressifs, voire manifestations psychotiques), souvent méconnue et donc insuffisamment prise en charge. Ces troubles peuvent être liés à l'imprévisibilité des crises, parfois responsable d'une anxiété anticipatoire, ou aux nombreux interdits liés à l'épilepsie (conduite automobile réglementée, nombreuses activités professionnelles « à risque » contre-indiquées chez un patient épileptique, même s'il est stabilisé, de nombreux sports sont aussi interdits) ; (iv) la maladie causale, qui peut être responsable d'un handicap supplémentaire (mental, moteur, cognitif, etc.), comme c'est le cas par exemple dans la sclérose tubéreuse de Bourneville; enfin, (v) l'image négative de l'épilepsie qui persiste encore dans notre société.

De nombreux efforts ont été réalisés dans la prise en charge thérapeutique des épilepsies, grâce au développement de nouveaux médicaments anti-épileptiques, souvent mieux tolérés que ceux de première génération et grâce à la prise en charge chirurgicale d'un certain nombre de patients pharmaco-résistants. De plus, les troubles psychiatriques associés sont mieux recherchés, et davantage traités. La création de centres de référence des épilepsies rares a également permis l'accueil de patients ayant des handicaps multiples. De nombreuses aides et mesures adaptées au handicap lié à l'épilepsie ont été créées pour faciliter la scolarisation et l'insertion dans un milieu professionnel.

Malgré tous ces efforts, l'épilepsie reste encore grevée d'un important retentissement socioprofessionnel. Le pourcentage de patients pharmaco-résistants reste vraisemblablement toujours aussi élevé : il existerait 36 000 à 48 000 patients pharmaco-résistants en France[206] et l'accès à un bilan à visée préchirurgicale est difficile (délai d'attente moyen d'un an pour les premiers examens) ;

[205] Prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie.
[206] Conférence de consensus ANAES : Prise en charge des épilepsies partielles pharmaco-résistantes 2004.

seuls 400 patients sont opérés en France, pour un besoin estimé entre 1 500 et 6 000 patients/an[207]. Les différentes aides sociales et structures d'accueil sont peu connues des professionnels de santé. La prise en charge multidisciplinaire que nécessite le retentissement de l'épilepsie sur la vie quotidienne, avec l'aide de psychiatres, de neuropsychologues, d'assistantes sociales, éventuellement associés à des rééducateurs est difficile à organiser.

Une étude à l'échelle nationale a été tentée entre 2005 et 2006, à l'initiative de la Fondation française pour la recherche sur l'épilepsie, portant sur la « situation sociale et les besoins de la population souffrant d'une épilepsie partielle pharmaco-résistante (EPR) en France». Compte tenu de la très faible participation des neurologues (tirés au sort) à l'enquête, il n'a pas été possible d'extrapoler le nombre de patients ayant une EPR en France. Il semble donc préférable de constituer une ou deux cohortes régionales, en profitant des réseaux de santé locaux en cours de constitution[208] ou déjà constitués[209].

Il est donc proposé un nouvel objectif d'amélioration des connaissances et préalable à la définition d'objectifs quantifiés. Il serait ainsi important de mener des études permettant de connaître :

- le nombre de patients ayant une épilepsie pharmaco-résistante, et nombre de ceux ayant bénéficié d'une évaluation à visée préchirurgicale ;
- le nombre de patients ayant une co-morbidité psychiatrique, et nombre de ceux qui bénéficient d'une prise en charge psychiatrique ;
- le nombre de patients ayant eu une évaluation cognitive ;
- le nombre de patients ayant un multi-handicap ;
- le nombre de patients suivis dans un centre de référence épilepsies rares ;
- le nombre de patients qui travaillent, qui conduisent.

Objectif général 7 - Améliorer la qualité de vie des patients atteints de sclérose latérale amyotrophique par un meilleur accès à l'aide respiratoire

Les maladies neuromusculaires sont responsables d'atteintes multiviscérales, notamment de troubles de la déglutition et de troubles respiratoires nécessitant la mise en place de mesures spécifiques comme des techniques de désencombrement ou une assistance ventilatoire. Celle-ci peut être administrée au moyen d'un masque (ventilation non invasive) ou d'une canule trachéale. Parmi les nombreuses maladies neuromusculaires chroniques répertoriées, la sclérose latérale amyotrophique (SLA) est particulière en ce qu'elle touche des adultes entre 40 et 60 ans qui voient se développer une incapacité motrice rapidement progressive jusqu'à la dépendance totale, et une insuffisance respiratoire quasi constante, source majeure de handicap physique et social, et responsable de la plupart des décès (durée de vie de 24 à 84 mois). Elle représente plus de 1 000 nouveaux cas par an.
Le développement de la prise en charge des patients atteints de maladies neuromusculaires, dont la SLA, est considérable depuis ces cinq dernières années. Dans cette prise en charge multidisciplinaire, l'un des axes les plus importants est celui de l'aide respiratoire. En effet, le retentissement de l'atteinte respiratoire est aussi important sur le patient que sur son entourage. La ventilation par masque a permis un allongement significatif de la durée de vie des patients et de leur qualité de vie, au travers du soulagement des symptômes et de l'amélioration du sommeil. Les indications se sont élargies, ces dernières années, la ventilation au masque faisant désormais partie des standards de soins (dans les centres de prise en charge des patients souffrant de SLA, on assiste à un accroissement de plus de 40% des patients ventilés par masque depuis trois ans)[210].

Toutefois, l'accès à une aide respiratoire reste difficile avec, à l'échelon national, une offre inférieure à la demande.

[207] Traitements chirurgicaux de l'épilepsie : Etat des lieux et recommandations : « La Chirurgie de l'épilepsie en France : Evaluation de l'activité. B. Devaux et col., 2008 ; Neurochirurgie.
[208] Traitements chirurgicaux de l'épilepsie : qualité de la prise en charge des patients. « Réseaux de santé et épilepsie : état des lieux en Ile-de-France ». Masnou et al. Neurochirurgie, 2008.
[209] Traitements chirurgicaux de l'épilepsie : qualité de la prise en charge des patients. « Les réseaux de soins : situation en Languedoc-Roussillon». Crespel et al. Neurochirurgie, 2008.
[210] Rapport annuel des centres SLA, Paris 2008, DHOS.

En conclusion

Les cinq objectifs portant sur les maladies neurologiques dans la loi de santé publique d'août 2004 sont reconduits et complétés par deux autres, en raison du lourd retentissement individuel de ces pathologies. L'évaluation s'est avérée non réalisable, faute de clarification des indicateurs ou de systèmes d'information utilisables pour les mesurer. Certains ont pu être déclinés en objectifs quantifiés, d'autres sont encore exprimés sous forme de propositions pour améliorer les connaissances. Pour la maladie d'Alzheimer et les accidents vasculaires cérébraux, l'accent est mis sur la précocité et la qualité de la prise en charge. Pour les autres (maladie de Parkinson, sclérose en plaques, épilepsies graves, sclérose latérale amyotrophique), la nécessité de travaux de recherche complémentaires est soulignée.

Le tableau 9 récapitule ces propositions.

Tableau 9 : Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème des maladies neurologiques

Objectif général 1 - Limiter la perte d'autonomie des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et le retentissement de cette maladie sur les proches des patients
Sous-objectif général 1-1 : ralentir l'aggravation des troubles cognitifs chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer
OS 1-1-1 : ramener à 10 %, en 5 ans, la proportion de patients ayant un MMS inférieur à 16 au moment du diagnostic de maladie d'Alzheimer
Sous-objectif général 1-2 : réduire le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne de la personne malade et la santé de son aidant
OS 1-2-1 : favoriser le maintien à domicile des patients atteints de maladie d'Alzheimer
OS 1-2-2 : réduire de 10 % en 5 ans, chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer, la proportion de patients ayant une prescription de neuroleptiques
OS 1-2- 3 : améliorer l'état de santé perçu des aidants des patients atteints de maladie d'Alzheimer
Objectif général 2 - Réduire la mortalité et les séquelles lors d'un accident vasculaire cérébral
OS 2-1 : réduire d'au moins 10 %, en 5 ans, la mortalité induite par les AVC
OS 2-2 : augmenter la fréquence de recours aux filières de prise en charge spécialisée des AVC
OS 2-3 : augmenter l'accès des patients victimes d'AVC à un traitement approprié
OS 2-4 : diminuer de 50 % au moins, en 5 ans, la fréquence des séjours de longue durée pour AVC
Objectif général 3 - Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladie de Parkinson
Objectif général 4 - Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de sclérose en plaques (SEP)
Objectif général 5 - Améliorer la prise en charge de l'épilepsie de l'enfant de moins de 16 ans pour en limiter les séquelles
Objectif général 6 - Mettre en place un système d'information permettant de mieux connaître la prise en charge médico-psycho-sociale des épilepsies de l'adulte
Objectif général 7 - Améliorer la qualité de vie des patients atteints de sclérose latérale amyotrophique par un meilleur accès à l'aide respiratoire

Sur le thème des maladies neurologiques, le HCSP propose les mesures suivantes qui portent essentiellement sur l'amélioration des connaissances :

Proposition 1 : évaluer la capacité des registres mis en place à fournir une estimation nationale de la sévérité des séquelles associées aux AVC

L'estimation de la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles a été réalisée à ce jour à partir des données du seul registre de Dijon. La création de deux autres registres en 2008 (Brest et Lille) devrait fournir des données complémentaires. Il conviendra ensuite d'étudier la possibilité de faire une extrapolation au niveau national.

Proposition 2 : améliorer les connaissances épidémiologiques sur la maladie de Parkinson, notamment en termes d'évolution du handicap, de la qualité de vie et des besoins de prise en charge

Proposition 3 : améliorer les connaissances épidémiologiques sur la sclérose en plaques, notamment en termes d'évolution du handicap, de la qualité de vie et des besoins de prise en charge

Proposition 4 : améliorer les connaissances épidémiologiques en matière d'épilepsie de l'enfant

Proposition 5 : valider une échelle de dépistage des troubles associés à l'épilepsie de l'enfant

Maladies rares

Une maladie rare est définie par une prévalence inférieure à cinq personnes atteintes pour 10 000 habitants. Au moins 7 000 maladies rares sont actuellement répertoriées. L'insuffisance des connaissances et la difficulté d'accès à l'information liée à la diversité des pathologies en font un champ à part, réunissant des affections de spécialités variées. Ce champ est tellement vaste et les malades parfois si peu nombreux, que les professionnels de santé ne peuvent en connaître l'ensemble. Ainsi, le diagnostic est souvent tardif et l'errance diagnostique source de retard pour la prise en charge spécifique. L'expertise ne peut être assurée que par les professionnels spécialisés, qui mènent de front la prise en charge les patients et la conduite d'activités de recherche sur ces maladies. Des progrès thérapeutiques remarquables ont pu être obtenus pour certaines de ces maladies ; pour beaucoup d'autres, il n'existe pas encore de traitement spécifique.

Les maladies rares et les handicaps qu'elles entraînent peuvent provoquer l'isolement social et psychologique des malades et de leurs proches. De nombreux malades et professionnels de santé combattent cet isolement en des mouvements associatifs qui concernent une maladie spécifique ou un groupe de maladies[211].

En dépit de l'absence d'études épidémiologiques exhaustives, on estime qu'environ 6 % de la population mondiale est atteinte d'une maladie rare (soit 4 millions de personnes en France et 24 millions en Europe). Quoique certaines de ces maladies puissent ne se révéler qu'à l'âge adulte, en majorité elles apparaissent précocement dans la vie, réduisent l'espérance de vie et risquent d'entraîner un décès dans la petite enfance ou un handicap lourd.

Depuis les années 1990, la France s'est dotée d'une politique spécifique sur les maladies rares et les médicaments orphelins, en lien avec les associations de malades : création d'une mission des « médicaments orphelins » (1995) ; financement d'un serveur d'information «Orphanet» (1997) et d'une ligne d'assistance téléphonique (allo-gènes créé en 1995, devenu Maladies rares Info Services) ; financement de la recherche clinique et des essais thérapeutiques dans le cadre du Programme de recherche clinique hospitalier (depuis 2001) ; création d'un groupement d'intérêt scientifique intitulé « Institut des maladies rares » (GIS-MR) (2002) ; regroupement géographique d'Orphanet, Eurordis, Maladies rares Info Services, Alliance maladies rares et du GIS-MR au sein de la Plateforme maladies rares créée en juillet 2001. Cette politique volontariste française a contribué à l'adoption en janvier 2000 du règlement européen sur les médicaments orphelins. Le Plan national maladies rares (PNMR) 2005-2008 s'est donc développé sur des structures préexistantes, et a suscité l'ouverture de nouveaux chantiers.

L'objectif général de ce premier PNMR, inscrit dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, était d'assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des personnes souffrant d'une maladie rare et était décliné en dix axes stratégiques, visant à :

- mieux connaître l'épidémiologie des maladies rares ;
- reconnaître la spécificité des maladies rares ;
- développer une information pour les malades, les professionnels de santé et le grand public concernant les maladies rares ;
- former les professionnels de santé à mieux identifier les maladies rares ;
- organiser le dépistage et l'accès aux tests diagnostiques ;
- améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des malades ;
- poursuivre l'effort en faveur des médicaments orphelins ;
- répondre aux besoins d'accompagnement spécifique des personnes atteintes de maladies rares et développer le soutien aux associations de malades ;
- promouvoir la recherche et l'innovation sur les maladies rares, notamment pour les traitements ;
- développer des partenariats nationaux et européens dans le domaine des maladies rares.

[211] Ces associations sont regroupées au niveau européen dans Eurordis (« European Organisation for Rare Diseases ») ou à l'échelon national en fédérations de maladies rares (en France : la Fédération des maladies orphelines (FMO), Alliance maladies rares (AMR)), présentes dans neuf pays européens.

Dans l'annexe de la loi de santé de publique d'août 2004, deux objectifs concernaient les maladies rares : l'un portait sur la mortalité et la qualité de vie des patients atteints de drépanocytose, l'autre reprenait l'objectif du PNMR, en termes d'équité d'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge pour les patients.

L'évaluation de ces objectifs a été délicate, du fait de l'absence ou de l'inadaptation des indicateurs disponibles.

Concernant la drépanocytose, l'âge en moyenne plus élevé au décès peut toutefois être un signe encourageant de meilleur pronostic, mais des inégalités de prise en charge des crises de la douleur constituent un frein majeur à la qualité de vie de ces patients.

Concernant l'ensemble des maladies rares, l'évaluation du PNMR a mis en exergue, malgré le faible recul et la relative faiblesse des moyens en regard des objectifs du plan maladies rares, des résultats très positifs pour quelques-uns de ses axes les plus importants (accès aux soins, recherche, information des malades et des médecins...), mais des résultats encore insuffisants, voire absents pour d'autres (épidémiologie, formation des professionnels, organisation du dépistage). Il persiste toutefois de réelles inégalités de reconnaissance et d'accès à une prise en charge rapide et appropriée de ces patients par rapport aux personnes atteintes d'autres pathologies.

Ce constat nuancé justifie pleinement la mise en place du second PNMR, en cours d'élaboration, et la reconduction de l'objectif global d'équité pour les patients, décliné plus particulièrement pour la prise en charge des malades dans leur ensemble, pour le pronostic dans certaines pathologies traceuses, et pour l'accès aux soins des patients drépanocytaires.

En fin de chapitre sont exposées des propositions d'actions, cohérentes avec les conlusions formulées par le HCSP dans l'évaluation du premier PNMR.

Objectif général 1 - Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des patients atteints de maladie rare

Sous-objectif général 1-1 : améliorer le pronostic des patients atteints de pathologies traceuses (à déterminer) parmi les maladies rares

Le choix des pathologies traceuses devrait tenir compte des possibilités de dépistage précoce, de traitement ayant un impact sur la survie et répondre aux critères épidémiologiques permettant leur suivi.
Dans le cadre du plan maladies rares 2005-2208, l'InVS a été chargé de conduire une réflexion sur les maladies rares devant être surveillées en priorité, sélectionnant plus particulièrement des pathologies pour lesquelles il est possible d'évaluer des actions mises en place. Ce travail, dont les résultats sont à paraître, pourrait éventuellement contribuer au choix de pathologies traceuses qui illustreraient cet objectif.
Le prochain plan, en cours d'élaboration, devra prendre à son compte la réflexion nécessaire à leur détermination.
Dans un petit nombre de cas, il sera proposé de mesurer les progrès obtenus en retardant l'âge de survenue du décès. Dans la plupart des cas, les maladies rares sont marquées par une errance au diagnostic et souvent un retard à une prise en charge spécialisée adéquate. La réduction du délai de prise en charge, mais aussi la diminution du nombre de prises en charge inadéquates seront des objectifs à mesurer au sein de certaines pathologies traceuses.

Objectifs spécifiques

OS 1-1-1 : retarder l'âge moyen au décès des patients dans les pathologies traceuses définies
Cet objectif ambitieux ne peut être limité qu'à quelques pathologies traceuses pour lesquelles il est réaliste d'espérer retarder en 5 ans l'âge au décès.

OS 1-1-2 : diminuer l'âge moyen au début de la prise en charge selon les modalités définies par le centre de référence dans les pathologies traceuses

La réduction du délai au diagnostic avait été proposée en 2004 comme indicateur à explorer. L'extrême diversité de caractéristiques physiopathologiques et cliniques entre les maladies rares rend la définition d'indicateurs communs très difficile. La réduction de l'âge des patients au moment de leur prise en charge par un centre de référence constitue à cet égard un objectif qui conjugue à la fois l'effet d'un diagnostic plus précoce et d'une prise en charge plus rapide.

Ces données seront à fournir par les centres de référence des pathologies choisies, dans le cadre d'un protocole en cours de constitution sous l'égide de la DHOS, l'Atih, Orphanet et le service informatique de l'hôpital Necker Enfants malades. Leur analyse permettra de constituer des données de référence pour un futur objectif quantifiable.

OS 1-1-3 : diminuer la fréquence des prises en charge inadéquates de patients atteints de certaines pathologies traceuses

Une prise en charge inadéquate pourrait être définie comme toute chirurgie ou toute thérapeutique spécifique donnée de façon inappropriée au patient (du fait d'une erreur diagnostique ou d'une absence de diagnostic) avant le diagnostic exact et la prise en charge adaptée. Le PNMR2 a prévu en action 2.3.2 (axe Epidémiologie) que l'InVS « réalise tous les 5 ans en amont de l'évaluation externe des filières maladies rares, une enquête auprès des malades suivis dans les centres dédiés sur les conséquences médico-sociales de leurs maladies ». L'indicateur pourrait être mesuré par cette enquête ;

Sous-objectif général 1-2 : améliorer la qualité de vie des patients atteints de drépanocytose

La drépanocytose occupe une place particulière au sein des maladies rares. C'est en effet la plus fréquente des maladies rares génétiques. C'est surtout une maladie exemplaire des caractéristiques et évolutions susceptibles d'être observées dans les maladies rares et du rôle joué par le système de soins : évolution d'une pathologie pédiatrique à une pathologie d'adulte, difficultés à obtenir systématiquement une prise en charge appropriée et méconnaissance de la maladie par les soignants et le public. Il ressort de l'évaluation du premier plan maladies rares que les professionnels de première ligne méconnaissent encore les modalités de prise en charge de la douleur drépanocytaire en urgence, et que persistent des disparités régionales d'accès aux soins.

Objectifs spécifiques

OS 1-2-1 : réduire la fréquence et la durée des crises drépanocytaires

Entre 2004 et 2006, 53 746 séjours hospitaliers ont été enregistrés en France métropolitaine et dans les DOM. Ceci représente 13 423 patients, dont 7 241 pour lesquels la drépanocytose était codée en diagnostic principal ou relié.
Parmi les 37 735 séjours où la drépanocytose était codée en diagnostic principal ou relié, 46,9% duraient 24 heures ou moins. Ceux de plus de 24 heures duraient en moyenne 4,9 jours.

Cependant, les hospitalisations ne sont qu'un indicateur indirect de la fréquence des crises.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	
PMSI MCO	InVS	2004-2006	37 735 séjours*	Statistique annuelle
OSCOUR**	InVS		A déterminer	

*Séjours codés en diagnostic principal ou relié de drépanocytose
**Réseau d'Organisation de la Surveillance Coordonnées des Urgences, ayant principalement un objectif d'alerte.

Sous-objectif général 1-3 : améliorer la prise en charge médicale et sociale des patients

Objectifs spécifiques

OS 1-3-1 : augmenter le nombre de patients pris en charge dans les centres de référence ou leur réseau

Compte tenu de la rareté de ces maladies et de la nécessité de réunir des qualifications scientifiques et techniques très spécifiques pour leur exploration et leur prise en charge, l'insertion des patients dans des centres réunissant l'expertise pluridisciplinaire, les capacités de recherche spécialisée et d'accompagnement psychosocial, est indispensable. Un acquis important du plan national maladies rares 2005-2008 a été l'extension et la consolidation d'un système de centres de référence articulés avec un réseau d'établissements. L'objectif est de permettre, à terme, à tous les patients d'être pris en charge dans le cadre de ce dispositif.

OS 1-3-2 : tripler, en 5 ans, le nombre de protocoles nationaux de diagnostic et de soins (PNDS)

Ces référentiels (PNDS) constituent des outils fondamentaux pour connaître et diffuser les modalités de prise en charge optimale des maladies rares ; ils sont élaborés par les centres de référence et publiés par la HAS et étaient au nombre de 17 au début de l'année 2009.
Une cible raisonnable à fixer serait de tripler leur nombre en cinq ans, de façon à augmenter progressivement le nombre de pathologies couvertes. La cohérence avec les recommandations déjà existantes dans d'autres pays devrait être recherchée.

OS 1-3-3 : augmenter la proportion d'enfants atteints de maladie rare, scolarisés en milieu ordinaire et bénéficiant d'un projet d'accueil individualisé (PAI)

Pour les maladies rares dont l'impact sur les limitations fonctionnelles de l'enfant permet une scolarisation en milieu ordinaire, la mise en place par le médecin scolaire d'un projet d'accueil individualisé doit être systématisée.

OS 1-3-4 : augmenter la proportion d'enfants atteints de maladie rare scolarisés dans des classes appropriées

OS 1-3-5 : augmenter de 10 % par an le nombre de médicaments orphelins mis à la disposition des patients

Parmi les quelque 8 000 maladies rares recensées, très peu bénéficient à l'heure actuelle d'un traitement approprié, soit par la mise au point de nouvelles molécules, soit par l'adaptation d'un médicament existant à la pathologie rare. L'accès à un médicament approprié est la principale préoccupation des malades atteints de maladies rares, mais cette recherche n'est pas très rentable pour l'industrie pharmaceutique, en l'absence de mesures de soutien à ces médicaments dits «orphelins».
Il existe depuis l'année 2000 des mesures incitatives européennes pour faciliter la recherche et le développement[212] de tels médicaments et accompagner les formalités en vue de leur mise sur le marché. Ces mesures européennes de désignation des médicaments orphelins et d'autorisation de mise sur le marché[213] sont suivies et accompagnées en France par l'Afssaps.

[212] Le comité européen des médicaments orphelins, réunissant au sein de l'Agence européenne des médicaments (EMEA) des représentants des Etats membres et des organisations de patients propose l'attribution du statut de médicament orphelin à la Commission européenne qui accorde la désignation de « médicament orphelin » (au total, plus de 600 depuis 2000 dans le registre de la Commission : http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/register/orphreg.htm).
[213] Les médicaments orphelins sont autorisés à la mise sur le marché européen par la Commission, après examen par l'EMEA de leur qualité, de leur sécurité et de leur efficacité (plus de 50 AMM dans le registre de la Commission européenne : http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/register/register.htm). En outre, l'Afssaps accorde, au plan national, une autorisation temporaire d'utilisation (55 ATU en 2007).

En conclusion

L'évaluation du plan national maladies rares a permis de constater d'importants progrès, en particulier au travers du développement et de la pérennisation des centres de référence. Néanmoins, le diagnostic précoce de ces pathologies et l'accès à une prise en charge appropriée montrent encore de grandes disparités. Ceci impose de conserver des objectifs dédiés aux maladies rares. Ceux-ci porteront, pour une part, sur l'amélioration de l'offre de prise en charge médicale et sociale en général, pour l'autre part, ils viseront plus spécifiquement l'impact sur l'état de santé des patients, dans quelques pathologies traceuses.

Le tableau 10 récapitule ces propositions.

Tableau 10 - Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème des maladies rares

Objectif général 1 - Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des patients atteints de maladie rare
Sous-objectif général 1-1 : améliorer le pronostic des patients atteints de pathologies traceuses (à déterminer) parmi les maladies rares
OS 1-1-1 : retarder l'âge moyen au décès des patients dans les pathologies traceuses définies
OS 1-1-2 : diminuer l'âge moyen au début de la prise en charge selon les modalités définies par le centre de référence dans les pathologies traceuses
OS 1-1-3 **:** diminuer la fréquence des prises en charge inadéquates de patients atteints de certaines pathologies traceuses
Sous-objectif général 1-2 : améliorer la qualité de vie des patients atteints de drépanocytose
OS 1-2-1 : réduire la fréquence et la durée des crises drépanocytaires
Sous-objectif général 1-3 : améliorer la prise en charge médicale et sociale des patients
OS 1-3-1 : augmenter le nombre de patients pris en charge dans les centres de référence ou leur réseau
OS 1-3-2 : tripler, en 5 ans, le nombre de protocoles nationaux de diagnostic et de soins (PNDS)
OS 1-3-3 : augmenter la proportion d'enfants atteints de maladie rare, scolarisés en milieu ordinaire et bénéficiant d'un projet d'accueil individualisé (PAI)
OS 1-3-4 : augmenter la proportion d'enfants atteints de maladie rare scolarisés dans des classes appropriées
OS 1-3-5 : augmenter de 10 % par an le nombre de médicaments orphelins mis à la disposition des patients

Dans ce contexte le HCSP fait les propositions suivantes :

Propositions générales

P 1 - Principales propositions émises suite à l'évaluation du plan national maladies rares 2005-2008

- Élaborer un nouveau plan (PNMR2) doté d'un dispositif de pilotage plus structuré (personne ou structure de projet à compétence interministérielle, comité de pilotage, comité de suivi....).
- Consolider le dispositif des centres de référence en clarifiant leur statut au sein du système de santé publique et en garantissant leur financement en contrepartie d'une évaluation de la qualité de leur travail.
- Assurer la pérennité de la base de données Orphanet, qui assure une indispensable mission d'information des médecins, des étudiants, des malades et du public.

- Consolider la politique d'incitation et de soutien de la recherche sur les maladies rares autour du dispositif PHRC-GIS-Institut des maladies rares : budgets spécifiques pour améliorer l'accès aux technologies de pointe, aide aux jeunes chercheurs, développement de la coopération européenne, etc.
- Faciliter la prise en charge des malades à travers l'Europe.
- Développer des outils épidémiologiques adaptés aux maladies rares (constitution de cohortes pour un suivi longitudinal) et utilisables par la recherche clinique et biologique.
- Remettre à plat la politique du dépistage sous tous ses aspects.
- Garantir l'équité entre les malades en mettant fin aux hétérogénéités constatées dans la prise en charge par l'assurance maladie.
- Créer, afin d'améliorer la prise en charge des handicaps liés aux maladies rares, une interface (coordination régionale) entre les maisons départementales des personnes handicapées et les centres de référence.
- Développer la communication sur les maladies rares et les actions conduites en ce domaine.

P 2 - Améliorer le recueil et la qualité des données relatives aux maladies rares.

Deux voies sont à développer parallèlement : l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité des données recueillies dans les systèmes d'information de routine et la recherche. Il faut donc :

P 2-1 : mobiliser l'ensemble des bases de données existantes

– l'enregistrement des certificats de décès, géré par le « CépiDc » de l'Inserm (il s'agit surtout de recueillir l'ensemble des causes lors de chaque décès et, dans cette optique, de développer notamment la certification électronique systématique dans les centres de référence) ;

– les déclarations d'affections de longue durée (ALD) qui permettent d'identifier clairement quelques maladies ou groupes de maladies rares (système à développer) ;

– le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les fichiers des MDPH et les bases de données des laboratoires (suivi des médicaments orphelins ou traceurs, données d'examens de diagnostic des laboratoires de génétique) ;

- permettre la surveillance des patients drépanocytaires par le système de suivi des recours aux urgences (OSCOUR®) en région Ile-de-France et dans les DOM.

P 2- 2 : développer la recherche

L'objectif poursuivi doit être de constituer des bases de données sur lesquelles on pourra greffer toutes sortes de recherches (fondamentales, sur les médicaments, en épidémiologie et sciences sociales…). Les recherches ayant un objectif de représentativité reposeront au mieux sur la constitution de registres, les autres sur des bases de données construites essentiellement à partir des centres de référence.

- Développement de registres : le CNR Maladies rares a été créé et fonctionne ; il doit donc être développé. Les registres ont l'avantage, sur une base géographique (nationale, voire européenne pour des maladies très rares), de rassembler les données de routine et des données issues des centres de référence).
- Création de bases de données : ces bases seront créées à partir des centres de référence, ce qui suppose : 1) un bilan des réalisations déjà acquises dans les centres de référence ; 2) une réflexion sur la pertinence de proposer un logiciel commun à tous les centres de référence ; 3) la mise en place d'une structure de soutien méthodologique à la recherche : ce rôle pourrait être confié à l'ISP-Inserm en association avec l'InVS ; 4) l'utilisation de la nomenclature Orphanet (traduite en six langues) et qui est à la base de la révision de la CIM 10 ; 5) l'utilisation d'outils de collecte multi langues et la création de bases de données multi langues (en anglais en tout cas).
- Suivi de cohortes : celles-ci peuvent se constituer à partir des bases de données, comme des registres, et ont pour principal intérêt de permettre la connaissance de l'histoire naturelle des maladies.

Ce serait un passionnant défi de pouvoir lancer, à partir de l'exemple des maladies rares, une dynamique de « Health System Research », qui permettrait d'associer les différentes disciplines contributives de la santé publique (épidémiologie et sciences humaines et sociales) et de recueillir à la fois des données quantitatives et qualitatives. Ceci paraît d'autant plus justifié que les études en sciences humaines et sociales sont particulièrement à développer dans le domaine des maladies rares. Ces objectifs de recherche soulèvent le problème des besoins en formation compte tenu de la relative pauvreté des ressources en épidémiologie dans le domaine des maladies rares. A ce titre, des pistes doivent être envisagées comme la création de postes d'internes de santé publique dans les centres de référence ou les registres.

P 3 - Favoriser la recherche sur les indicateurs de qualité de vie et leur développement dans les centres de référence.

- Développer des échelles adaptées dans le cadre de l'utilisation des registres et/ou des bases de données et en faisant participer des chercheurs en SHS.

P 4 - Favoriser la recherche dans les centres de référence (physiopathologie et génétique).

P 5 - Maintenir un haut niveau de recherche publique sur les maladies rares (PHRC, appels d'offres de l'ANR, appels d'offres européens…) et renforcer les moyens en personnel de recherche des centres de référence.

P 6 - Améliorer la contribution française à la recherche et au développement de médicaments orphelins.

Indicateur proposé :

« Contribution française à la recherche et au développement de médicaments orphelins » = Nombre cumulé sous 2. / Nombre cumulé sous 1.
1. Nombre de médicaments orphelins ayant obtenu une désignation européenne : total depuis 2000 et année par année.
2. Nombre de médicaments désignés ayant fait l'objet d'une autorisation d'essais cliniques en France (cumulé et année par année).
Evolution souhaitable : ce taux devrait être égal ou supérieur à 20%[214] et augmenter si possible de +1% supplémentaire par an.
Toutes ces données sont disponibles à l'Afssaps.

[214] Les dépenses totales de R&D pharmaceutique en France représentaient 4 ,17 milliards EUR en 2007, soit 18% des 23 milliards EUR de dépenses de R&D pharmaceutiques dans l'Union européenne (source : www.efpia.eu).

Santé mentale de l'adulte et de l'enfant

En France, comme dans les autres pays du monde, les troubles mentaux représentent une part considérable des pathologies. Par leur retentissement sur la vie des patients, ils constituent un problème essentiel en termes de santé publique, d'autant qu'ils sont à l'origine de handicaps, d'incapacités et de désinsertion sociale, pesant lourdement sur la qualité de vie des personnes et de leurs proches. L'OMS considère que les pathologies psychiatriques évoluent selon une tendance croissante, les troubles bipolaires et dépressifs se trouvant parmi les dix pathologies les plus préoccupantes du XXI^{e} siècle au niveau mondial. En France, plus de 500 000 personnes seraient concernées par des troubles schizophréniques ou bipolaires et 4 millions par des troubles dépressifs et anxieux. De plus, bien que les troubles psychiques soient souvent sous-diagnostiqués, la consommation de psychotropes en France est la plus élevée d'Europe.

Au sein de l'Europe des 27, la France se situe dans le groupe des pays à forte fréquence de suicide, avec une estimation après redressement de près de 13 000 décès annuels par suicide. Entre 15 et 24 ans, le suicide représente la deuxième cause de décès, après les accidents de la circulation[215]. Il constitue la deuxième cause de mortalité prématurée évitable pour les hommes comme pour les femmes.

Les troubles bipolaires de l'humeur (ou troubles maniaco-dépressifs), définis par la survenue de cycles d'épisodes hypomaniaques, maniaques, ou mixtes, accompagnés ou non d'épisodes dépressifs majeurs, touchent environ 1,2 % de la population[216]. Non seulement ils ont un retentissement fort sur l'insertion sociale et la qualité de vie des personnes atteintes lorsqu'ils ne sont pas traités, mais un patient bipolaire sur six décède par suicide. De surcroît, la bipolarité représente un puissant facteur de surmortalité et de surmorbidité somatique : les patients bipolaires meurent en moyenne deux à trois fois plus de maladies cardiovasculaires que la population générale.

Les états dépressifs représentent une pathologie fréquente avec une prévalence estimée à 5 % en population générale, 20 % des patients souffrant de dépression chronique. La prévalence sur la vie entière des troubles dépressifs est évaluée en France autour de 10 %. Les formes atypiques ou trompeuses et les variations symptomatiques en fonction de l'âge rendent le diagnostic délicat. Ils entraînent une mortalité importante puisqu'ils sont responsables d'une grande partie des 13 000 décès annuels par suicide et des 160 000 tentatives de suicide observées chaque année.

En ce qui concerne les troubles anxieux, ils occupent une place particulière en psychiatrie car ils participent à la plupart des tableaux cliniques et sont sources de difficultés diagnostiques. En outre, certaines formes d'anxiété sont associées à une forte comorbidité ; en particulier la consommation abusive de boissons alcoolisées, la prise de toxiques dont le cannabis, le recours chronique à des traitements psychotropes.

Parmi les six objectifs de la loi de 2004 se rapportant à la thématique santé mentale, quatre portaient spécifiquement sur des troubles psychiatriques et n'ont pu être évalués que très partiellement ou pas du tout, tel celui relatif aux personnes en situation de précarité souffrant de troubles psychotiques chroniques. En effet, en dehors de différentes enquêtes déclaratives en population générale sur les troubles dépressifs n'ayant pas toutes vocation à être répétées, il n'y a eu ni élaboration, ni validation d'instruments de dépistage des différents troubles, ce qui était un préalable à la définition d'objectifs quantifiés.

L'objectif portant sur les traitements de substitution aux opiacés est abordé dans le chapitre relatif aux addictions.

Compte tenu du nombre de personnes touchées par des problèmes de santé mentale et de l'impact de ceux-ci sur la qualité de vie de ces personnes et de leurs proches, il est pleinement justifié de conserver des objectifs portant sur ces problèmes. Les tendances actuelles de l'épidémiologie, que ce soit au niveau européen ou national, de ces troubles, ne rendent pas réalistes des objectifs de

[215] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Laurent F et Jougla E. La mortalité par suicide en France en 2006. Etudes et résultats 2009; 702: 1-8.
[216] Valeur estimée à partir de deux études nord-américaines en population générale (National Comorbidity Survey et Epidemiologic Catchment Area – Kessler et all ; 1994).

réduction de la dépression ou de l'anxiété. Il paraît plus pertinent de viser un meilleur diagnostic et une meilleure prise en charge de pathologies encore insuffisamment prises en compte, tant par les patients que par les professionnels de première ligne.

Cependant, il reste difficile de proposer des objectifs quantifiés compte tenu du manque de données sur les pathologies psychiatriques en population générale. Aussi, que ce soit chez les adultes ou chez les enfants, les systèmes d'information sur la santé mentale doivent encore être développés.

Objectif général 1 - Améliorer la prise en charge des troubles bipolaires, dépressifs ou anxieux

Le diagnostic et la prise en charge précoce des troubles permettent de diminuer les répercussions de ces pathologies sur la vie de l'individu et de ses proches. Toutefois, ils se heurtent principalement à deux limites :

- la difficulté à diagnostiquer ces pathologies à la symptomatologie complexe pour les médecins généralistes ; or, d'après toutes les enquêtes conduites en population générale[217], ceux-ci sont les professionnels les plus consultés par les personnes dépressives ;
- l'insuffisance de recours aux soins par les personnes concernées, qui ne consultent parfois que lorsque la détresse psychologique et les symptômes deviennent invalidants. En effet, les enquêtes réalisées en population générale ont mis en évidence la faiblesse du taux de consultation chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique non psychotique. Le taux de recours de ces dernières a été estimé à 36,5 % dans l'enquête européenne ESEMeD[218] et à 71,9 % dans l'enquête française SMPG[219].

Il est donc proposé de formuler deux objectifs concernant respectivement l'amélioration du diagnostic et celle du recours aux soins des personnes concernées.

Sous-objectif général 1-1 : améliorer le diagnostic des troubles bipolaires, dépressifs ou anxieux

Objectifs spécifiques

Un groupe de travail "enquêtes en santé mentale" créé au sein de l'Iresp (Institut de recherche en santé publique) a pour charge de réfléchir sur les indicateurs et les outils en santé mentale.

A terme, des objectifs quantifiés pourront être proposés sous réserve d'un consensus préalable sur les outils de dépistage et la mise en place d'une enquête adaptée.

OS 1-1 : diminuer en population adulte, le nombre de personnes souffrant de troubles dépressifs, non reconnues comme telles

OS 1-2 : diminuer en population adulte, le nombre de personnes souffrant soit de troubles bipolaires, soit de troubles anxieux, non reconnues comme telles

Sous-objectif général 1-2 : améliorer le recours aux soins pour les troubles bipolaires, dépressifs ou anxieux

Objectifs spécifiques

[217] - Enquête SMPG.
- Santé Mentale en population générale. Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale).
- Baromètre santé. INPES.

[218] Déjà citée.

[219] Enquête Santé Mentale en population générale. Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale.

OS 1-2-1 : diminuer d'au moins 20 %, en 5 ans, la proportion de personnes souffrant de troubles dépressifs n'ayant pas recours aux soins

Une partie du « CIDI short form », permettant de mesurer la prévalence des épisodes dépressifs majeurs, a été maintenue dans le Baromètre santé 2010 (1/3 de l'échantillon soit environ 10 000 personnes). Il sera donc possible de mesurer une évolution entre 2005 et 2010.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Baromètre Santé	Inpes	2005	Proportion de personnes souffrant d'un épisode dépressif sans recours aux soins : 62 %	2010

OS 1-2-2 : diminuer la proportion de personnes souffrant soit de troubles bipolaires, soit de troubles anxieux, n'ayant pas recours aux soins
Cet objectif répond aux mêmes préalables que l'objectif spécifique 1-2-1.

Objectif général 2 - Améliorer le repérage et la prise en charge précoce des signes de souffrance et des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent

Selon l'expertise collective de l'Inserm sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, rendue publique en février 2003, un enfant sur huit en France souffrirait de troubles mentaux alors que seule une minorité d'entre eux serait en contact avec des services spécialisés.

On dispose par ailleurs de deux enquêtes épidémiologiques en population générale restreinte (une école dans le premier cas ; un échantillon tiré au sort de la population scolaire d'une région dans le second). Les deux études portent sur la même tranche d'âge (scolarité primaire) et font état, pour l'une[220], d'une prévalence de 12,4 % de troubles psychologiques chez les enfants de 6 à 11 ans, pour l'autre[221], d'une prévalence de 5,5 % à 22,6 %, chez les enfants du CP au CM2, en fonction de la personne interrogée (parents, enseignants ou enfants).

Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 comportait un volet sur les enfants et les adolescents qui a abouti à l'élaboration, par la Fédération française de psychiatrie, d'un outil de repérage précoce[222] des troubles du développement des enfants et des manifestations de souffrance psychique des adolescents. Ce référentiel d'observation a été diffusé aux médecins de soins primaires, dans le cadre d'une action de formation interinstitutionnelle programmée dans le plan et déclinée à un niveau local.

Il s'agit donc désormais de déterminer si cette mesure du plan a permis d'améliorer la précocité des diagnostics et des prises en charge de ces troubles.

C'est pourquoi il est proposé de développer des études en population générale permettant de connaître :

- la prévalence des différents troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent ;
- la part des troubles diagnostiqués et pris en charge.

Cependant, on ne dispose pas à ce jour d'outils de mesure faisant consensus. Aussi, il est nécessaire de valider des outils appropriés : par exemple, le questionnaire d'Achenbach ou « Child behaviour

[220] Fombonne E. The Chartres Study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-age children. Brit. J Psychiatr 1994 ; 164(1) : 69-79.
[221] Kovess V., Shojae T. La souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent. 2006.
[222] Fédération française de psychiatrie, Ministère chargé de la santé. Souffrance psychique et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent.

checklist »[223] est validé en France et traduit en français, mais c'est un questionnaire très long. Le questionnaire Dominic interactif[224] est facile d'emploi mais plus ou moins contesté.

Objectif général 3 - Réduire la fréquence des suicides en France

Le taux de mortalité par suicide a baissé de 20 % en 25 ans, mais trois fois moins vite que l'ensemble des morts violentes. Il augmente avec l'âge, plus fortement pour les hommes que pour les femmes. Cependant, entre 25 et 34 ans, il s'agit de la première cause de mortalité chez les hommes et de la deuxième chez les femmes.
Les disparités régionales de mortalité par suicide sont marquées : les régions de l'Ouest et dans une moindre mesure du Nord et du Centre sont nettement au-dessus de la moyenne nationale[225]. En France métropolitaine, le taux moyen standardisé sur l'âge était de 15,3 pour 100 000 en 2006 alors que certaines régions comme la Bretagne, la Picardie, le Poitou-Charentes dépassaient 20 pour 100 000.

L'objectif associé à la loi de santé publique d'août 2004 n'a pas atteint le niveau requis en 2006, avec des taux standardisés nettement plus élevés chez les hommes et les personnes âgées. Toutefois, la tendance déjà décroissante avant la loi se poursuit, particulièrement chez les personnes âgées de plus de 75 ans et, de façon moindre, chez les adolescents et jeunes adultes. *A contrario*, une seule tranche d'âge (45-54 ans) voit son taux de suicide augmenter entre 2000 et 2006, de 8% chez les hommes et de 2,2% chez les femmes. Ce phénomène pourrait être lié à un effet génération[226], mais nécessiterait d'être exploré, et pris en compte dans un programme national d'action destiné à prévenir les suicides.

Il est donc proposé de maintenir un objectif de réduction globale des décès par suicide, tout en analysant l'évolution par sexe et par âge et en diminuant les écarts entre les régions.

Objectifs spécifiques

OS 3-1 : réduire en population générale, d'au moins 15 %, en 5 ans, le taux de décès par suicide

Une réduction de 30 % serait nécessaire pour atteindre un taux de décès standardisé équivalent au taux moyen européen, qui est de 10,3 pour 100 000 personnes en 2006. Or, la réduction moyenne observée entre 2000 et 2006 a été de 8 %. En 5 ans, il paraît donc raisonnable de proposer d'accentuer cette tendance en fixant une réduction de 15 %.

[223] Fombonne E. 1988
[224] Valla JP, Kovess V, Chan Chee C, Berthiaume C, Vantalon V, Piquet C, Gras-Vincendon A, Martin C, Alles-Jarde, M. A French Study of the Dominic Interactive. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2002; 37: 441-48.
[225] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Laurent F et Jougla E. La mortalité par suicide en France en 2006. *Etudes et résultats 2009*; 702: 1-8.
[226] Anguis M, Cases C, Surault P. L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération. *Etudes et résultats* 2002; 185.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence		Année
Causes médicales de décès	CépiDC	2006	Taux de mortalité par suicide (pour 100 000)	*Population générale :* Hommes : 23,6 Femmes : 8 *15-24 ans :* H 10 F 3,2 *25-74 ans:* H 32,4 F 11,9 *> 74 ans :* H 68,1 F 13,9	Statistique annuelle

OS 3-2 : réduire les disparités régionales de taux de décès par suicide

L'objectif est à quantifier sur la base des écarts entre les taux standardisés régionaux calculés par le CepiDC. Toutefois, il sera nécessaire de tenir compte de nombreux biais de mesure rencontrés dans certaines régions (Ile-de-France par exemple).

En conclusion

En matière de santé mentale, les objectifs proposés visent essentiellement à améliorer le diagnostic et la prise en charge précoce de troubles souvent méconnus. Dans des registres différents, ils concernent les adultes, les enfants et adolescents et les personnes détenues. L'objectif de réduction de la mortalité par suicide doit être poursuivi. Le manque de données épidémiologiques dans le domaine des pathologies psychiatriques est crucial et appelle le développement d'un système d'information et d'études adapté.

Le tableau 11 récapitule les objectifs proposés.

Tableau 11 : Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème de la santé mentale

Objectif général 1 - Améliorer la prise en charge des troubles bipolaires, dépressifs ou anxieux
Sous-objectif général 1-1 : améliorer le diagnostic des troubles bipolaires, dépressifs ou anxieux
OS 1-1 : diminuer en population adulte, le nombre de personnes souffrant de troubles dépressifs, non reconnues comme telles
OS 1-2 : diminuer en population adulte, le nombre de personnes souffrant soit de troubles bipolaires, soit de troubles anxieux, non reconnues comme telles
Sous-objectif général 1-2 : améliorer le recours aux soins pour les troubles bipolaires, dépressifs ou anxieux
OS 1-2-1 : diminuer d'au moins 20 %, en 5 ans, la proportion de personnes souffrant de troubles dépressifs n'ayant pas recours aux soins

OS 1-2-2 : diminuer la proportion de personnes souffrant soit de troubles bipolaires, soit de troubles anxieux, n'ayant pas recours aux soins

Objectif général 2 - Améliorer le repérage et la prise en charge précoce des signes de souffrance et des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent

Objectif général 3 - Réduire la fréquence des suicides en France

OS 3-1 : réduire en population générale, d'au moins 15 %, en 5 ans, le taux de décès par suicide
OS 3-2 : réduire les disparités régionales de taux de décès par suicide

Dans ce cadre le HCSP fait deux propositions d'actions :

Proposition 1 : Améliorer le repérage et la prise en charge des détenus atteints de troubles psychiatriques

D'après l'enquête de prévalence réalisée par Cemka-Eval[227] en 2004, huit détenus sur dix présentent au moins un trouble psychiatrique. Cette proportion est légèrement inférieure en centre de détention. La grande majorité des personnes cumulent plusieurs troubles (plus de quatre pour un tiers d'entre elles). Les troubles anxieux apparaissent les plus fréquents, suivis des troubles thymiques. La prévalence globale des troubles psychotiques serait de 24 %. Même si les auteurs précisent qu'il faut interpréter avec prudence ces résultats compte tenu du contexte d'enfermement, l'amélioration du repérage et de la prise en charge de ces pathologies psychiatriques s'impose.

Cependant, il n'y a actuellement pas d'indicateur accessible permettant de quantifier cet objectif. Le renouvellement de l'enquête sur les entrants en prison, réalisée par la Drees en 1997 et 2003, permettrait de disposer de données. Les seules informations disponibles concernent les ressources et l'activité des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) dans deux enquêtes de la Drees (statistique annuelle des établissements de santé – SAE - et rapports de secteur psychiatrique). Il y aura prochainement des informations sur les patients dans le PMSI psychiatrique, dont les premières données exploitables porteront sur la période 2008/2009.

Proposition 2 : mener une enquête en population générale pour connaître la prévalence des différents troubles psychiatriques

Actuellement, les systèmes d'information en matière de santé mentale reposent essentiellement sur les données de recours au système de soins : le PMSI psychiatrique se met actuellement en place et les données de l'assurance maladie fournissent des informations sur les consultations et les prescriptions médicamenteuses. Plusieurs enquêtes ont déjà été menées en population générale, mais elles ne sont pas toutes pérennes, ni représentatives au niveau national.

Par conséquent, le HCSP propose de mener une grande enquête en population générale portant sur les différents troubles psychiatriques, comme cela se fait dans différents pays et par ailleurs, de construire un système d'information pertinent en matière de santé mentale.

[227] Anne Duburcq, Sandrine Coulomb, Juliette Bonte, Cédric Marchand, Francis Fagnani, sous la direction scientifique de Bruno Falissard. Enquête sur la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral : réalisée à la demande des ministères de la santé et de la justice.

Impact des pathologies sur la qualité de vie

L'amélioration de la qualité de vie va aller de pair avec l'amélioration de l'état de santé des populations. En effet, la qualité de vie se fonde sur la définition multidimensionnelle de la santé, le bien-être physique, mental et social et doit refléter non pas tant le point de vue des professionnels que celui des individus, malades ou non. La qualité de vie est altérée dans de nombreuses pathologies, souvent chroniques, mais aussi aiguës, du fait de la douleur, de la restriction des activités, des limitations fonctionnelles et de leurs conséquences psychologiques et sociales. La mesure de la qualité de vie liée à la santé devrait contribuer à apprécier le retentissement sur les individus et sur la société des maladies physiques, mentales et du handicap.

Lors de l'analyse des objectifs de la loi d'août 2004, il est apparu que la notion de qualité de vie ne ciblait que quelques maladies : arthrose, polyarthrite rhumatoïde, spondylarthropathies, drépanocytose, insuffisance rénale chronique terminale, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) … Dans la plupart des cas, aucun indicateur n'a pu être produit ou utilisé dans la période considérée, rendant ces objectifs non évaluables : les données mesurant la qualité de vie restent en effet parcellaires, limitées et non inscrites dans l'esprit d'un véritable système d'information. Ainsi, pour aucune maladie on ne disposait de mesures fiables et répétées permettant actuellement de juger une quelconque évolution de cette dimension.

Cependant ce concept est peu à peu mieux pris en compte et une mesure de la qualité de vie des personnes atteintes a été réalisée ou va l'être prochainement pour quelques maladies telles que le cancer[228], le diabète[229], l'insuffisance rénale chronique[230], l'hémophilie et la BPCO.

Le HCSP propose de généraliser encore davantage la mesure de la qualité de vie par des enquêtes répétées en population générale et en développant des outils validés permettant de suivre dans le temps son évolution au travers de quelques pathologies traceuses.

Par ailleurs, la douleur est une composante forte de la qualité de vie. De surcroît, elle est la plupart du temps facilement accessible à un traitement efficace. C'est pourquoi cet aspect de la qualité de vie doit être l'objet d'une attention particulière. Les objectifs de la loi d'août 2004 portant sur la douleur montraient une amélioration de la prévention des douleurs de l'accouchement par la pratique des anesthésies péridurales, mais la plupart de ces objectifs n'ont pu être évalués précisément en ce qui concerne la prévention des douleurs post-opératoires et des douleurs lors des soins aux enfants, ni pour la réduction des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées ou en fin de vie. Il est donc proposé de reformuler ces objectifs et d'améliorer les systèmes d'information nécessaires à leur mesure.

[228] La vie deux ans après le diagnostic de cancer. Enquête coordonnée par A-G Le Corroler-Soriano, L. Malavolti et C. Mermilliod. La Documentation française, 2008.
[229] Erpelding ML, Boini S, Fagot-Campagna A, et al, pour le comité scientifique d'Entred 2001. Valeurs de référence de qualité de vie (DHP) chez les personnes diabétiques vivant en France – Entred 2001-2003. Bull Epidémiol Hebd 2009 ;34: 368-71.
[230] Boini S., Bloch J., Briançon S. Surveillance de la qualité de vie des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique terminale: Rapport qualité de vie – REIN Volet dialyse 2005. *Néphrologie & Thérapeutique*. Vol 5, Suppl 3, p. S177-S237 (May 2009).

Objectif général 1 - Développer la mesure de la qualité de vie en population générale et dans des pathologies chroniques traceuses

Objectifs spécifiques

OS 1-1 : **suivre le niveau de qualité de vie liée à la santé en population générale**

Ce niveau est mesurable dans les études périodiques réalisées en France sur des échantillons représentatifs de la population générale (Baromètre santé de l'Inpes, Enquête santé et protection sociale de l'Irdes, enquête quinquennale santé de l'Insee), qui utilisent des outils validés et pertinents.

OS 1-2 : suivre le niveau de qualité de vie liée à la santé des patients atteints de maladie chronique et bénéficiant d'une reconnaissance du système de protection sociale (type ALD)

Cet objectif est en phase avec le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, qui vise à promouvoir des interventions transversales applicables à toute maladie. Il peut être réalisé au travers de mesures répétées sur des échantillons de patients constitués à partir des données de l'assurance maladie.

OS 1-3 : suivre le niveau de qualité de vie liée à la santé des patients atteints d'une maladie chronique considérée comme traceuse du système de soins

- **le cancer**, pathologie traceuse de la capacité à permettre la récupération d'une vie quotidienne normale à distance du diagnostic. Le renouvellement de l'enquête nationale « La vie deux ans après le diagnostic de cancer »[231] est souhaitable ;
- **l'insuffisance rénale terminale**, pathologie traceuse de l'impact d'un traitement substitutif lourd et coûteux, avec des aspects organisationnels majeurs (dialyse et greffe). Une mesure a été réalisée en 2005 (dialyse) et 2007 (greffe) par l'InVS et l'Agence de la biomédecine dans l'enquête QV-REIN[232] ;
- **l'arthrose**, pathologie traceuse d'une maladie non mortelle mais très invalidante. Chez les personnes de plus de 65 ans, l'arthrose des différentes articulations représente plus d'un quart des maladies chroniques. C'est une maladie avec des conséquences en termes d'altération de la qualité de vie, de douleur, d'incapacité, de handicap voire de dépendance, d'isolement social. D'une manière générale, il existe peu d'indicateurs de l'évolution de l'arthrose et de son impact sur la vie des patients. La recherche sur la cohorte « 3 000 arthroses » multicentrique nationale, mise en place dans la population générale en 2007 et confiée à la Société française de rhumatologie, devrait donner des résultats de prévalence et des mesures de la qualité de vie. Toutefois cette étude ne porte que sur l'arthrose du genou et de la hanche, alors que la prévalence de l'arthrose de la main est de 12 % chez les plus de 65 ans.
- **la drépanocytose**, pathologie traceuse d'inégalités dans la prise en charge **:**
  - ☞ selon les régions : Ile-de-France, Guyane, …
  - ☞ selon les lieux d'accueil : centres spécialisés, services d'urgence …
  - ☞ selon les équipes médicales.

  La drépanocytose est la plus fréquente des maladies génétiques rares en France. La prévalence de la pathologie est de 10-12% dans les DOM et avoisine 125 pour 100 000

[231] Cf. note 192.
[232] Surveillance de la qualité de vie des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique terminale. Rapport qualité de vie - REIN. Volet dialyse 2005.

nouveau-nés en Ile-de-France, région la plus touchée en métropole. La prévalence de la drépanocytose est de 11/100 000 en Europe[233].

Il existe des données hospitalières, mais elles ne permettent pas de répondre aux questions de qualité de vie ; il sera donc nécessaire d'étudier des modalités de suivi de la qualité de vie pour cette pathologie.

Objectif général 2 - Poursuivre la politique de lutte contre la douleur

Le plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur s'achèvera en 2010. Une évaluation de l'impact des mesures préconisées est nécessaire, notamment en ce qui concerne les personnes particulièrement vulnérables, ciblées par les objectifs de la loi d'août 2004 qui n'ont pu être évalués. Toutefois, il est encore difficile d'avoir des données quantifiées, faute de définitions précises et d'outils de mesure appropriés.

Objectifs spécifiques

OS 2-1 : prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des enfants ou des personnes âgées

Les enquêtes spécifiques nécessaires à ces mesures doivent être mises en place. Le volet relatif à la douleur post-opératoire devra s'articuler avec la généralisation des indicateurs hospitaliers de qualité des soins dans le dossier patient (Projet IPAQSS de la HAS), en proposant d'inclure des indicateurs d'évaluation de la douleur des patients ayant subi une intervention chirurgicale.

OS 2-2 : réduire les limitations induites dans la vie quotidienne ou professionnelle par les douleurs physiques importantes

La loi de santé publique d'août 2004 comportait un objectif visant à réduire l'intensité et la durée des douleurs chroniques rebelles. Le HCSP propose de ne pas reconduire cet objectif, en l'absence de définition suffisamment explicite de ces douleurs touchant les personnes âgées ou en fin de vie, mais d'adopter un objectif global reformulé en termes de réduction des douleurs d'intensité importante, qui sera décrit par les indicateurs d'ores et déjà existants et recueillis en population générale:

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Enquête Handicap Santé des ménages*	Drees/Insee	2008-2009	Proportion de personnes qui déclarent que leurs douleurs physiques les ont limitées moyennement, beaucoup ou énormément dans leur travail ou leurs activités domestiques : 18% chez les hommes ; 24% chez les femmes	2013-2014

***** L'enquête HSM est le prolongement de l'enquête Handicaps Incapacités Dépendance (Insee, 1998-1999) et de l'enquête Santé (Insee, 2002-2003)

OS 2-3 : mieux diagnostiquer et traiter les douleurs chroniques

OS 2-4 : mieux diagnostiquer et traiter la douleur dans les situations de fin de vie

OS 2-5 : améliorer en population générale, la prise en charge de la douleur

- réduire la prévalence des personnes déclarant une douleur physique d'intensité modérée, grande ou très grande au cours des quatre dernières semaines ;

[233] Orphanet 2009 : http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/FR/

- augmenter le pourcentage de personnes déclarant que leur douleur a été prise en compte et soulagée rapidement par l'équipe soignante (douleurs à l'hôpital).

Concernant les douleurs dans la population générale, l'objectif pourra être quantifié et mesuré à condition de réintégrer les questions nécessaires dans le Baromètre santé et dans l'Enquête quinquennale santé :

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Enquête Handicap santé des ménages	Drees/Insee	2008-2009	Proportion de personnes ayant déclaré une douleur physique d'intensité modérée, grande ou très grande au cours des 4 dernières semaines (chez les 16 ans et plus) Hommes : 24 % Femmes : 32 %	2013-2014
Baromètre Santé	Inpes	2000	Proportion de personnes déclarant que leur douleur a été prise en compte et soulagée rapidement par l'équipe soignante (douleurs à l'hôpital) : 88,1 %	

En conclusion

La qualité de vie est altérée dans de nombreuses pathologies, souvent chroniques, mais aussi aiguës. Elle est difficilement mesurable, mais sa prise en compte est indispensable pour évaluer le niveau de santé de la population. A cet effet, le HCSP propose différents axes de suivi de la qualité de vie liée aux problèmes de santé : en population générale (grandes enquêtes déclaratives) ; chez les patients atteints de maladies chroniques (lors de la reconnaissance d'une ALD) ; pour quelques maladies considérées comme traceuses (cancer, insuffisance rénale terminale, arthrose, drépanocytose). Il souligne la nécessité de poursuivre la politique de lutte contre la douleur.

Le tableau 12 récapitule les propositions d'objectifs.

Tableau 12 Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème de la qualité de vie

Objectif général 1 - Développer la mesure de la qualité de vie en population générale et dans des pathologies chroniques traceuses

OS 1-1 : suivre le niveau de qualité de vie liée à la santé en population générale
OS 1-2 : suivre le niveau de qualité de vie liée à la santé des patients atteints de maladie chronique et bénéficiant d'une reconnaissance du système de protection sociale (type ALD)
OS 1-3 : suivre le niveau de qualité de vie liée à la santé des patients atteints d'une maladie chronique considérée comme traceuse du système de soins :
- cancer,
- insuffisance rénale terminale,
- arthrose,
- drépanocytose

Objectif général 2 - Poursuivre la politique de lutte contre la douleur

OS 2-1 : prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des enfants ou des personnes âgées

OS 2-2 : réduire les limitations induites dans la vie quotidienne ou professionnelle par les douleurs physiques importantes

OS 2-3 : mieux diagnostiquer et traiter les douleurs chroniques

OS 2-4 : mieux diagnostiquer et traiter la douleur dans les situations de fin de vie

OS 2-5 : améliorer en population générale, la prise en charge de la douleur

Pathologies traumatiques ou liées à la violence

Sous cette thématique sont regroupés les traumatismes liés à la violence routière, aux accidents de la vie courante chez les enfants et les personnes âgées ainsi que la violence infligée aux enfants. Ces événements qui ont un fort retentissement en termes de morbidité et de mortalité, en particulier pour les jeunes, les hommes et les personnes âgées, sont souvent liés à des comportements à risque et accessibles à des mesures de prévention.

L'objectif de réduction du nombre de décès et de séquelles secondaires à des accidents de la circulation a bénéficié des actions conduites par les pouvoirs publics depuis plusieurs années, mais la mortalité reste élevée avec 4 440 personnes décédées en 2008 dans les 30 jours suivant un accident de la route. Le taux de mortalité par accidents de la route en France métropolitaine (6,9/100 000) est le 14e parmi les pays développés.

Le taux de mortalité par accidents de la vie courante touchant les enfants a diminué de 27 % entre 2000 et 2006. Cette diminution va de pair avec la diffusion de campagnes d'information et d'éducation sur les risques domestiques. Cependant elle est variable selon le type d'accidents, le sexe et selon l'âge[234].

Chez les personnes âgées, les chutes représentent plus de 80 % des accidents de la vie courante. Leur épidémiologie est mal connue faute d'enquêtes adaptées. En 2004, leur nombre était estimé à 450 000, nécessitant un recours hospitalier. On estimait à environ 4 400 le nombre de décès consécutifs à une chute chez les personnes de 65 ans et plus (soit un taux standardisé[235] de 36,5 pour 100 000).

Enfin ce chapitre porte aussi sur les traumatismes intentionnels subis dans l'enfance, qui constituaient un des objectifs de la loi d'août 2004. Des données existent mais doivent être mises en cohérence pour pouvoir suivre l'impact des mesures prises pour prévenir la maltraitance de l'enfant.

D'autres aspects, certes importants, n'ont pas été abordés dans le cadre des travaux du HCSP. Il s'agit des violences à l'égard des femmes, de la maltraitance à l'égard des personnes âgées et de la maltraitance en établissement sanitaire et social.

Objectif général 1 - Réduire la mortalité et la morbidité liées à la violence routière

La loi du 12 juin 2003 a renforcé la lutte contre la violence routière en durcissant les sanctions à l'encontre des conducteurs responsables d'infractions et en instaurant des radars automatiques. Le rapport « La sécurité routière en France, bilan de l'année 2006 »[236] note qu'au cours de cette année-là, le dispositif du contrôle-sanction automatisé s'est consolidé, avec un total de 1 100 radars installés sur le territoire. L'évaluation de la politique de sécurité routière en France faite la même année par l'Onisr (observatoire national interministériel de sécurité routière) a montré que les vitesses globales ont d'abord fortement diminué, en grande partie grâce au contrôle-sanction automatisé, mais de manière moins accentuée depuis le début de l'année 2005.

Cependant, en 2008, on décompte encore près de 4 500 décès à 30 jours, dont environ 15% surviennent lors d'un trajet lié au travail (y compris accidents de trajet). Entre 14 et 64 ans, c'est plus du quart des accidents mortels de la route qui sont en lien avec le travail.

Les accidents routiers liés au travail (missions professionnelles et trajets domicile-travail) ne représentent quant à eux qu'un faible pourcentage de l'ensemble des accidents de travail, mais constituent une part importante des décès liés au travail (63% des accidents du travail mortels selon Eurostat). Du point de vue de la prévention, considérer le risque routier encouru par les salariés

[234] L'état de santé de la population en France ; indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport Drees 2008.
[235] Sur la population européenne 1976.
[236] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. La sécurité routière en France, bilan de l'année 2006. Paris, La Documentation française, 2007, 272 pages.

comme un risque professionnel est un fait relativement récent lorsque la conduite n'est pas la tâche principale. Dès lors les principes généraux de prévention définis par la directive cadre 89/391/CEE s'appliquent et ouvrent un champ nouveau pour la prévention. Dans ce contexte, le plan national santé au travail 2005-2009 (PST) comprend une action visant à prévenir les accidents routiers liés au travail.

La loi de santé publique du 9 août 2004 a défini des objectifs de santé en rapport direct ou indirect avec le risque au volant : accidents routiers liés au travail, mortalité et séquelles lourdes des accidents de la route, alcoolisme, toxicomanie… Les deux objectifs liés à la violence routière ont été globalement atteints, avec une réduction nette de la mortalité liée aux accidents routiers, mais une incertitude concernant l'évolution des séquelles lourdes. Il est par conséquent proposé de reconduire ces deux objectifs en les complétant.

Sous-objectif général 1-1 : réduire la mortalité par accidents de la route

Objectifs spécifiques

OS 1-1-1 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, le taux de décès par accidents de la route

Ce niveau de réduction permettrait d'atteindre l'objectif fixé par le président de la République de 3 000 tués sur la route en 2012, calculé à partir des données de 2008.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Onisr	Onisr	2008	Taux de mortalité à 30 jours par accident de la route (par million d'habitants) : Métropole : 68,8 DOM : 91,8	Statistique annuelle

OS 1-1-2 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, le taux de décès par accidents de la route liés au travail

Il est proposé d'appliquer aux accidents liés au travail le même niveau de réduction que pour les accidents de la route dans leur globalité, en exprimant la mortalité en taux ramenés aux effectifs de salariés.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
CnamTS CCMSA	CnamTS CCMSA	2007	Taux global d'accidents routiers mortels liés au travail (pour 100 000 salariés) : 2,7	Statistique annuelle

Sous-objectif général 1-2 : réduire la morbidité par accidents de la route

Objectifs spécifiques

OS 1-2-1 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, le nombre de blessés par accidents de la route

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Onisr	Onisr	2008	36 179 France entière 34 965 France métropolitaine	Statistique annuelle

OS 1-2-2 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, le nombre de blessés par accidents de la route survivant avec des séquelles lourdes

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Registre du Rhône		2002-2007	87,5 par an dans le Rhône	

OS 1-2-3 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, le taux de blessés par accidents de la route liés au travail

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Données d'accidents du travail	CnamTS*	2007	427 pour 100 000 salariés	Statistique annuelle
	CCMSA*			

* Le régime des indépendants (RSI) ne couvre pas les accidents du travail.

OS 1-2-4 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, le taux de nouvelles incapacités permanentes par accidents de la route liés au travail

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Données d'accidents du travail	CnamTS*	2007	46,9 pour 100 000 salariés	Statistique annuelle
	CCMSA*			

<u>Objectif général 3 - Réduire les accidents de la vie courante chez les enfants et les personnes âgées</u>

Chez les enfants de moins de 15 ans, le taux de mortalité par accident de la vie courante a globalement diminué de 27 % entre 2000 et 2006, avec des variations selon les différentes causes. Cette réduction globale traduit certainement une prise de conscience récente des risques liés aux accidents de la vie courante. Des campagnes auprès du grand public et des mesures de prévention spécifiques (par exemple la sécurisation des piscines en 2004 et 2006) ont en effet été mises en place

depuis les années 2000. L'objectif de réduction de 50 % fixé dans la loi de santé publique 2004 ne sera cependant pas atteint en 2008, aussi il est important de poursuivre cet objectif dans la prochaine loi. En effet, les accidents représentent une proportion importante de la mortalité des enfants avec le cancer, c'est la raison pour laquelle cet objectif est maintenu alors que les nombres absolus sont faibles.

Cependant, les données de mortalité paraissent insuffisantes pour décrire ces événements et elles devraient être complétées par des données de morbidité.

Par ailleurs, la loi de santé publique d'août 2004 visait une réduction de 25 %, en 5 ans, du nombre annuel de chutes de personnes de 65 ans et plus, et de 10 % de l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur.
Cependant l'enquête Epac (Enquête permanente sur les accidents de la vie courante), qui est la principale source répertoriant les chutes, présente plusieurs limites : d'une part elle n'a fourni à ce jour qu'une valeur estimée sur la base de l'année 2004 et ne permet pas le suivi périodique des objectifs fixés ; d'autre part, elle repose sur un échantillon d'établissements de santé volontaires non représentatifs de la population[237].
Le Baromètre santé, quant à lui, n'interroge que des personnes de moins de 75 ans.
Avant de proposer de nouveau un objectif quantifié, il sera indispensable de disposer de mesures répétées et fiables de la fréquence de ces chutes.

Par ailleurs, 50 000 fractures du col du fémur surviennent chaque année (avec 20 % de mortalité chez les femmes de plus de 50 ans). Une tendance régulière à la baisse, antérieure à la loi, se poursuit depuis 2004, ce qui devrait permettre d'atteindre l'objectif prévu en 2008. De ce fait, la question de la reconduction de cet objectif est à débattre.

Objectifs spécifiques

OS 3-1 : réduire d'au moins 25 %, en 5 ans, chez les enfants de moins de 15 ans, la mortalité par accidents de la vie courante

Ce niveau de réduction est défini en cohérence avec la tendance actuellement observée.

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Inserm - CépiDC	Inserm – CépiDC et InVS	2006	Taux de décès par accidents de la vie courante des enfants de moins de 15 ans (pour 100 000, France métropolitaine) : 2,4	Statistique annuelle

[237] L'état de santé de la population en France, rapport 2008. Drees.

OS 3-2 : réduire d'au moins 10 %, en 5 ans, chez les personnes de plus de 65 ans, l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	Année
Base nationale PMSI-MCO	Drees	2009	Taux standardisés (IARC 76) d'incidence des fractures du col du fémur ayant entraîné une hospitalisation (pour 10 000) : Pour les deux sexes : 55, 4 Hommes : 36,9 Femmes : 65,7	Statistique annuelle

Objectif général 4 - Réduire les traumatismes intentionnels dans l'enfance

OS 4-1 : mettre en cohérence les éléments nécessaires à la surveillance de la maltraitance de l'enfant

La loi de santé publique d'août 2004 proposait de définir des actions efficaces dans le domaine de la maltraitance des enfants, avec comme préalable de réunir l'ensemble des connaissances scientifiques nécessaires. Aucun indicateur n'étant défini, il était difficile d'évaluer cet objectif. Il est à noter que le déploiement du Plan national violence et santé (PNVS) n'a pas été réalisé. En revanche, un Observatoire de l'enfance en danger (Oned) a été mis en place en 2004 afin de rassembler les multiples données concernant l'enfance en danger et d'en faire une analyse critique et la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 a renforcé les dispositions relatives à la protection de l'enfance.
Les données de mortalité et de morbidité par violence volontaire proviennent de sources multiples (causes médicales de décès du CépiDC-Inserm, statistiques de la police et de la gendarmerie nationales, données de l'Aide sociale à l'enfance des conseils généraux, ministères de la justice et de l'éducation nationale) difficiles à mettre en cohérence. Les éléments nécessaires à la surveillance des différents aspects de la maltraitance de l'enfant doivent par conséquent être rassemblés et surveillés.
A cet égard, il est essentiel d'améliorer la coordination des sources de données et d'en valoriser les résultats.

En conclusion

Les pathologies traumatiques ou liées à la violence, qui ont été suivies dans le cadre des objectifs définis dans la loi de santé publique d'août 2004, ont dans l'ensemble évolué dans le sens de la réduction, pour celles qui ont pu être mesurées. Elles concernent la violence routière, les accidents de la vie courante (chez les enfants et chez les personnes âgées), ainsi que la maltraitance des enfants. Il est important de reconduire la plupart de ces objectifs, qui pour beaucoup, portaient sur des données de mortalité, soit en les complétant par des données de morbidité, soit en étudiant les moyens d'améliorer leur observation.

Le tableau 13 récapitule les objectifs proposés sur le thème des pathologies traumatiques et liées à la violence.

Tableau 13 – Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème des pathologies traumatiques et liées à la violence

Objectif général 1 - Réduire la mortalité et la morbidité liées à la violence routière
Sous-objectif général 1-1 : réduire la mortalité par accidents de la route
OS 1-1-1 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, le taux de décès par accidents de la route
OS 1-1-2 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, le taux de décès par accidents de la route liés au travail
Sous-objectif général 1-2 : réduire la morbidité par accidents de la route
OS 1-2-1 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, le nombre de blessés par accidents de la route
OS 1-2-2 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, le nombre de blessés par accidents de la route survivant avec des séquelles lourdes
OS 1-2-3 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, le taux de blessés par accidents de la route liés au travail
OS 1-2-4 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, le taux de nouvelles incapacités permanentes par accidents de la route liés au travail
Objectif général 3 - Réduire les accidents de la vie courante chez les enfants et les personnes âgées
OS 3-1 : réduire, d'au moins 25 %, en 5 ans, chez les enfants de moins de 15 ans la mortalité par accidents de la vie courante
OS 3-2 : réduire, d'au moins 10 %, en 5 ans, chez les personnes de plus de 65 ans, l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur
Objectif général 4 - Réduire les traumatismes intentionnels dans l'enfance
OS 4-1 : mettre en cohérence les éléments nécessaires à la surveillance de la maltraitance de l'enfant

Le HCSP fait une proposition spécifique et deux propositions générales sur les systèmes d'information.

Proposition spécifique : mettre en place des mesures reconnues comme efficaces contre la maltraitance à enfant et les évaluer

Certaines actions sont reconnues comme efficaces pour prévenir la maltraitance de l'enfant. L'entretien du 4e mois de grossesse recommandé par le plan Périnatalité 2005-2007 est ainsi considéré par plusieurs instances comme un des outils de prévention, parmi d'autres mesures préconisées dans la circulaire de juillet 2005[238]. Il doit être mis en place et évalué en même temps que d'autres actions préventives qui figurent dans différents rapports (dont celui sur « Violences et santé ») ou utilisées par des pays voisins.

Propositions générales sur les systèmes d'information :

P1 : améliorer les données recueillies dans le domaine des accidents routiers liés au travail

Les seules données disponibles à ce jour concernent les travailleurs appartenant aux régimes CnamTS et CCMSA. En revanche, elles ne sont pas accessibles s'agissant des non-salariés non agricoles, ou des salariés des différentes fonctions publiques, alors qu'ils sont également touchés par les accidents de la route.
Pour l'ensemble des régimes, des données par profession permettraient de mieux cibler des actions de prévention.

[238] Circulaire n° DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

Enfin, le risque routier devrait être inscrit dans le document unique d'évaluation des risques professionnels.

P2 : mettre à disposition des données de morbidité liée aux accidents de la vie courante par âge et par catégorie sociale

Des données de morbidité sur les accidents de la vie courante chez les enfants et sur les chutes chez les personnes âgées sont nécessaires.
Il serait important, à cet effet, d'évaluer la représentativité et la qualité des données disponibles dans l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac) et d'établir si l'enquête santé, protection sociale de l'Irdes peut fournir des informations utiles à la définition d'un objectif quantifié. Compte tenu du rôle des facteurs sociaux (conditions de logement en particulier) sur ces événements, il serait nécessaire d'intégrer ce type d'information à l'enquête.

Propositions d'objectifs relatifs aux groupes de populations

Ce chapitre rassemble les thèmes relatifs à la santé à différents âges de la vie. Sont abordés successivement la santé de la reproduction, le concept de santé sexuelle, la santé des enfants et la problématique du vieillissement. Les objectifs concernant la santé sexuelle, la santé des enfants et la santé des personnes âgées sont cependant traités en partie dans d'autres chapitres.

Santé de la reproduction (ou santé génésique)

Le concept de santé de la reproduction (ou santé génésique) a été défini à la Conférence du Caire, en septembre 1994, et a été endossé par l'Assemblée générale des Nations Unies, puis largement utilisé au niveau international (OMS, FNUAP[239], Union européenne). Il est défini comme l'«*état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* »[240]. Ce concept « s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Il implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent ».

Ce concept introduit de nouvelles dimensions notamment vis-à-vis des femmes et des minorités sexuelles et oblige les Etats à respecter les droits imprescriptibles des citoyens en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive ; il devrait conduire les gouvernements à favoriser les actions de santé dans ce domaine et à développer les structures nécessaires à une prise en charge adaptée des différentes populations du pays ; il devrait inciter les Etats à mettre en place les indicateurs de surveillance correspondants.

Au niveau de l'Union européenne, les programmes « Reprostat » fournissent des données pour les indicateurs de santé de la reproduction et « Européristat » pour les indicateurs de santé périnatale[241]. Dans le rapport *European Perinatal Health report : better statistics for better health for pregnant women and their babies*, publié en décembre 2008, 27 pays ont rassemblé leurs données périnatales. Des recommandations sur la surveillance des indicateurs de la santé périnatale sont faites.

Dans notre pays, un grand nombre d'objectifs de la loi de santé publique d'août 2004 sont en rapport avec la santé de la reproduction, mais les indicateurs permettant de les suivre ne sont pas tous au point.

La prise en charge se fait dans un continuum social et médical, qui concerne plus spécialement les femmes, sur la presque totalité de la vie «génésique». Tout d'abord par une logique commune d'instruction et de prévention dès l'adolescence, séances d'information sur la sexualité, la contraception, les maladies sexuellement transmissibles y compris le sida, organisées institutionnellement dans les établissements scolaires. Plus généralement, les grandes campagnes publiques, visant l'ensemble de la population, sur les aspects favorables ou défavorables de certains comportements ou pratiques et sur les droits des personnes relativement à leur sexualité, relèvent des mêmes canaux d'information.

Il existe enfin une logique commune de soins : le gynécologue ou le médecin généraliste conseille ou propose la contraception, le suivi de grossesse, puis les mêmes structures sanitaires ambulatoires ou hospitalières suivent la grossesse, l'accouchement, éventuellement le dépistage et le diagnostic prénatal, l'interruption de grossesse. Enfin, au fil de l'âge, les mêmes structures de soins prendront en charge la surveillance, le dépistage, et en partie les soins, des maladies sexuellement transmissibles ou des cancers génitaux de la femme.

Certains objectifs ont été abordés dans le cadre d'autres thématiques : ceux relatifs aux tumeurs dans la thématique *Cancer*, et ceux relatifs aux maladies sexuellement transmissibles dans la thématique *Maladies infectieuses*.

La proposition générale présentée dans ce chapitre se décline en trois grands axes : favoriser le libre choix des couples en matière de contrôle des naissances ; améliorer et fournir une mesure annuelle de la santé périnatale de l'enfant, afin d'évaluer à quel niveau elle se situe, comparativement à celle des pays européens les plus performants, et poursuivre l'amélioration de la santé maternelle.

---

[239] Fonds des nations unies pour la population. www.unfpa.org

[240] http://who.int/topics/reproductive health/fr/

[241] Europeristat. European Perinatal Health Report: better statistics for better health for pregnant women and their babies. Data from 2004. Décembre 2008. 280 pages. http://www.europeristat.com/publications/european-perinatal-health-report.shtml

Objectif général 1 - Améliorer la santé périnatale de l'enfant, afin qu'elle se situe au niveau des pays européens les plus performants

Il est difficile de décrire l'évolution de la santé périnatale dans les années récentes en France, malgré l'intérêt que les spécialistes s'accordent à lui trouver. Les deux composantes de l'état de santé des enfants à la naissance, à savoir le niveau de la mortinatalité et le taux de prématurité ne sont pas mesurables de manière exhaustive et annuelle sur la totalité du territoire national.

Sous-objectif général 1-1 : diminuer la mortinatalité

Il importe, en raison d'une tendance à l'augmentation depuis 2001, puis d'une stagnation depuis 2003 à des niveaux relativement élevés (9,3 pour 1 000 naissances en 2007) par rapport aux autres pays d'Europe, d'inverser l'évolution du taux de mortinatalité. Les valeurs encore plus élevées dans les DOM (13,9 pour 1 000 ; 16,9 et 18,6 respectivement en Guadeloupe et Martinique) requièrent de cibler spécifiquement ces départements.

OS 1-1-1 : réduire le taux de mortinatalité, en particulier dans les départements d'outre-mer

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence : nombre de morts nés/1000 naissances		
			France entière	DOM	
Etat-civil	Insee	2007	9,3	13,9	Statistique annuelle

Sous-objectif général 1-2 : réduire la fréquence de la morbidité et de la mortalité néonatales

La France se distingue de tous les autres pays de l'Union européenne (avec Chypre) par son incapacité à fournir le nombre d'enfants nés prématurément sur son territoire. Les nouveau-nés sont comptabilisés à partir des bulletins de naissance, mais les informations essentielles sur leur santé à la naissance, âge et poids, n'y figurent pas. Les comparaisons internationales sont impossibles, et la consultation du rapport Europeristat publié en décembre 2008, fait indirectement apparaître les carences du système d'information français en ce domaine.

Depuis l'énonciation de l'objectif dans la loi de santé publique d'août 2004 et des propositions d'indicateurs à associer en juillet 2005, la disponibilité de données statistiques indispensables à la connaissance de la santé des nouveau-nés s'est dégradée. Il est ainsi impossible d'établir une tendance entre 2004 et 2008. Des recommandations générales sont proposées en fin de chapitre afin de remédier à cette lacune. Toute décision en la matière relève d'un choix d'ordre politique et non pas simplement statistique.

Des objectifs quantifiés, visant à rejoindre les niveaux atteints dans les pays européens les mieux placés, sont dès lors proposés ci-dessous :

OS 1-2-1 : réduire d'au moins 15 %, en 5 ans, l'incidence de la prématurité en France

OS 1-2-2 : réduire d'au moins 35 %, en 5 ans, l'incidence de la grande prématurité en France

OS 1-2-3 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, l'incidence des naissances vivantes de poids inférieur à 2 500 g

OS 1-2-4 : réduire d'au moins 40 %, en 5 ans, le taux de mortalité néonatale

Source de données	Organismes responsables de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence		
Enquête nationale périnatale (ENP)	Inserm - Drees	2003	Incidence de la prématurité* : 7 % Incidence de la grande prématurité** : 1,6 % Incidence des naissances vivantes de poids inférieur à 2 500 g : 7,2 %	2010	
Bulletin d'enfant sans vie à la naissance (modifié)	Etat-civil-Insee		Mortalité néonatale*** : 2,5 pour 1 000	Statistique annuelle	
Certificats de santé du 8e jour	Drees	2007	Incidence de la prématurité* : 6,3 % Incidence de la grande prématurité** : 1,3 % Incidence des naissances vivantes de poids inférieur à 2500 g : 6,8 %	Statistique annuelle	

* % des naissances totales d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines
** % des naissances totales d'âge gestationnel inférieur à 32 semaines
*** taux d'enfants décédés à moins de 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants

Objectif général 2 - Poursuivre l'amélioration de la santé maternelle

La France se situe désormais dans la moyenne des pays européens ayant un système renforcé de surveillance, même si la grande hétérogénéité quant à la déclaration des morts maternelles dans les différents pays européens[242] rend les différences de fréquence peu interprétables en l'état actuel. Par rapport à la Finlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, disposant d'un système renforcé de surveillance des morts maternelles, la France a amélioré sa position et se situait, en 2004, dans la même fourchette de 8-12 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (données officielles) que ces pays. Il convient donc de maintenir l'objectif de réduction de ce taux avec un seuil de réduction plus exigeant, même si l'évolution du nombre et de la structure par âge des parturientes peut être un facteur limitant, et de cibler les efforts sur la réduction de la mortalité évitable, qui représente encore environ la moitié des décès maternels.

Concernant les modes d'accouchement, la part des accouchements par césarienne, après une forte hausse entre 1995 et 2003, semble se stabiliser autour de 20% des naissances, mais avec encore de fortes disparités géographiques. L'augmentation a porté uniquement sur les césariennes avant travail et sur les premières césariennes[243]. Or, il a été montré récemment que l'accouchement par césarienne multiplie par trois le risque de mortalité maternelle, en l'absence de pathologie de la mère, par rapport à l'accouchement par les voies naturelles[244]. Pour faire face à la majorité des situations de détresse materno-fœtale, on estime (recommandations internationales) qu'un niveau moyen de 10 % d'accouchement par césarienne est suffisant. Ceci devra constituer un objectif à part entière.

OS 2-1 : réduire, en 5 ans, la mortalité maternelle, en visant le niveau zéro décès

OS 2-2 : réduire d'au moins 20 %, en 5 ans, la part des décès évitables parmi les décès de causes obstétricales

[242] Europeristat. European Perinatal Health Report: better statistics for better health for pregnant women and their babies. Data from 2004. Décembre 2008. 280 pages. http://www.europeristat.com/publications/european-perinatal-health-report.shtml
[243] *In :* La santé des femmes en France. La Documentation française, Paris 2009.
[244] Deneux-Tharaux C. *et al.* Post partum maternal Mortality and Cesarean delivery. Obstet Gynecol 2006 ; (108)3: 541-8.

OS 2-3 : ramener, en 5 ans, la fréquence globale des accouchements par césarienne à 10 % pour les femmes à bas risque de complication obstétricale

Source de données	Organismes responsables de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	
Enquête nationale sur les morts maternelles	Inserm et Comité national d'experts sur la mortalité maternelle évitable	2004-2006 (données triennales)	Taux de mortalité maternelle (France entière) : 8,7 pour 100 000 naissances vivantes (taux corrigés)	Statistique annuelle
			% de décès évitables : France entière : 45,6 %	Statistique annuelle
Enquête nationale périnatale (ENP)	Inserm - Drees	2003	Part des césariennes : Métropole : 19,6 % DOM : 22,6 %	2010
Statistiques hospitalières (PMSI)	Drees	2007	Part des césariennes : Métropole : 20 % DOM : 18,8 %	Statistique annuelle

<u>Objectif général 3 - Favoriser le libre choix des couples en matière de contrôle des naissances</u>

L'objectif 97, inclus dans l'annexe de la loi de santé publique d'août 2004, traitait à la fois de l'utilisation de la contraception et des recours à l'IVG ; il était centré sur les moyens et les pratiques.

Le suivi des indicateurs associés à cet objectif a confirmé le paradoxe entre une fréquence très élevée de l'utilisation de la contraception, notamment médicalisée (pilule, stérilet) et, parallèlement, la non-diminution du taux d'IVG[245]. Il a également mis en évidence une situation globalement plus défavorable chez les femmes très jeunes.

Les enquêtes conduites, d'abord par l'Ined entre 1978 et 1994, puis, depuis 2000, par des équipes pluridisciplinaires associant des chercheurs de l'Ined, de l'Inserm et du CNRS, permettent de mieux connaître les déterminants psycho-sociaux et les pratiques des femmes en matière de contraception au cours de la vie, en matière de survenue des échecs de contraception et de circonstances de recours à l'IVG.

Les difficultés d'accès à la contraception sont ainsi décrites[246] : alors que le niveau global d'utilisation des différentes catégories de méthode est relativement élevé, de nouvelles inégalités sont apparues, liées au type de pilule utilisée, avec comme facteur majeur son caractère remboursable ou non. D'autre part, il existe une « norme contraceptive » en France, qui préconise aujourd'hui l'utilisation du préservatif, éventuellement associée à celle de la pilule en début de vie sexuelle, puis de la pilule seule lorsque la relation de couple se stabilise, puis enfin du stérilet dès que le nombre d'enfants est atteint. Ce modèle normatif n'est pas adapté à la réalité des femmes qui ont vécu un échec de contraception ou une grossesse non désirée. L'écart entre l'efficacité théorique des méthodes contraceptives médicalisées et l'efficacité pratique en condition d'utilisation courante est particulièrement important lorsque le contexte de vie des femmes ne leur permet pas d'accorder une vigilance accrue à la pratique contraceptive.

Il importe dès lors de cibler les efforts d'information envers les femmes les plus concernées (précarité économique, résidant dans les départements d'outre-mer, jeunes de 15-24 ans) et de former les professionnels prescripteurs à mieux choisir la méthode contraceptive la plus adaptée au contexte de vie de ces femmes. Si la réduction des grossesses non désirées par les femmes, qui représentent

[245] Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Populations et sociétés 2004, n°407.
[246] Moreau C *et al*. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. Human Reprod. 2007; 22: 2422-27.

aujourd'hui un quart de l'ensemble des grossesses[247], doit être une finalité, il n'est pas possible de suivre en routine cet indicateur qui nécessite une approche spécifique. C'est par conséquent la part des grossesses imprévues, qui regroupent les grossesses non désirées et les grossesses mal planifiées, que visera l'objectif de réduction.

Sous-objectif général 3-1 : améliorer l'utilisation adaptée des méthodes contraceptives

Objectifs spécifiques

OS 3-1-1 : réduire d'au moins 17 %, en 5 ans, la proportion des grossesses non prévues

Source de données	Organisme responsables de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence		
Enquêtes COCON, puis enquête FECOND	Ined – Inserm	2000 – 2004	Grossesses non prévues : 33%	2010-2011	
Baromètre Santé	INPES	2010	Grossesses non prévues : à venir	2015	
Enquête KABP Sida DFA	INPES	2010	Grossesses non prévues : à venir	2015	

OS 3-1-2 : atteindre, en 5 ans, une fréquence de recours aux méthodes appropriées de contraception, de 98 % parmi les femmes moindre utilisatrices (femmes âgées de 15 à 19 ans ou résidant dans les DOM)

Source de données	Organisme responsables de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence		
Baromètre Santé	INPES	2005	% utilisation d'une méthode contraceptive (femmes de 15-19 ans) : 95%	2010	2015
Enquête KABP Sida DFA	INPES et ORSIF	2004	Méthode contraceptive utilisée : - au moment de l'enquête : - au 1er rapport sexuel : - au 1er rapport avec le nouveau partenaire :	2010	2015

[247] Régnier-Loilier A, Léridon H. La loi Neuwirth quanrante ans après : une révolution inachevée. Populations et sociétés 2007, n°439.

Sous-objectif général 3-2 : réduire la fréquence des interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les jeunes femmes

La stabilité globale du recours à l'IVG, observée depuis trente ans, résulte en fait de deux tendances opposées[248] : la réduction des grossesses non prévues, du fait de la diffusion très large de la contraception médicalisée et, en parallèle, l'augmentation du recours à l'IVG en cas d'échec de la contraception. Il s'agit ainsi non pas tant d'un acte isolé conduisant à l'IVG qu'un processus débutant avec l'activité sexuelle et la pratique contraceptive, avec la qualité et l'efficacité de laquelle elle est très liée.

Le nombre d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans atteint 14,7 en 2007. Les taux de recours se sont stabilisés, après avoir progressé, principalement pour les femmes de moins de 20 ans, entre 2001 et 2005. Il ne semble pas que ceci reflète un effet lié à l'allongement en 2001 du délai maximal de recours autorisé, de 10 à 12 semaines de grossesse, puis à l'extension de l'IVG médicamenteuse aux cabinets libéraux pendant quelques années, puisque la part des IVG tardives n'a pas progressé et est estimée à 8 % en 2007. Il est nécessaire à présent de chercher à infléchir l'évolution de ces recours vers la baisse.

Les recours à l'IVG demeurent plus fréquents dans les DOM, dans le sud de la métropole et en Ile-de-France.

Objectif spécifique

OS 3-2-1 : réduire, parmi les femmes âgées de 15-17 ans et de 18-19 ans, le taux d'IVG de 1 point pour 1 000, chaque année

Ce rythme de réduction vise à permettre de ramener en 2015 les taux aux niveaux observés dans les années 2000.

Source de données	Organismes responsables de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi	
		Année	Valeur de référence			
			15 – 17 ans	18 - 19 ans		
PMSI -SAE ERASME**	Drees CnamTS	2007	10,8 pour 1000*	22,6 pour 1 000*	Statistique annuelle	
Baromètre Santé	INPES	2005	3,7 % des femmes de 15 – 19 ans :		2010	2015

* Données en France métropolitaine

** ERASME : IVG médicamenteuses en ville

En conclusion

Seuls deux objectifs en rapport avec cette thématique dans la loi de santé publique d'août 2004 avaient pu être évalués, dont la mortalité maternelle qui baisse assez régulièrement mais n'atteint pas l'objectif fixé. La plupart des objectifs n'avaient pu être évalués, principalement en raison du manque d'indicateurs vraiment adaptés.

Il est donc nécessaire de redéfinir certains objectifs, tout en conservant les grandes orientations en matière de santé de la reproduction et santé périnatale : contraception et IVG, santé périnatale et santé maternelle. Toutefois, les résultats défavorables de certains indicateurs, observés chez les jeunes femmes et dans les DOM (contraception, IVG), conduisent à proposer des objectifs ciblés. Dans d'autres cas, il est absolument indispensable d'améliorer les connaissances (causes médicales de la mortinatalité, indications et pratiques en matière d'ITG) à partir de données statistiques de routine

[248] Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Populations et sociétés 2004, n°407.

(statistique de naissances par exemple) venant compléter les données des enquêtes épidémiologiques, qui sont de bonne qualité mais trop espacées.
Les aspects liés aux cancers et aux infections sexuellement transmissibles ne sont pas abordés dans ce chapitre, mais ont été présentés précédemment.

Le tableau 14 récapitule ces propositions.

Tableau 14 : Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème de la santé de la reproduction

Objectif général 1 - Améliorer la santé périnatale de l'enfant, afin qu'elle se situe au niveau des pays européens les plus performants

Sous-objectif général 1-1 : diminuer la mortinatalité

OS 1-1-1 : réduire le taux de mortinatalité, en particulier dans les départements d'outre-mer

Sous-objectif général 1-2 : réduire la fréquence de la morbidité et de la mortalité néonatales

OS 1-2-1 : réduire d'au moins 15 %, en 5 ans, l'incidence de la prématurité en France

OS 1-2-2 : réduire d'au moins 35 %, en 5 ans, l'incidence de la grande prématurité en France

OS 1-2-3 : réduire d'au moins 30 %, en 5 ans, l'incidence des naissances vivantes de poids inférieur à 2500 g

OS 1-2-4 : réduire d'au moins 40 %, en 5 ans, le taux de mortalité néonatale

Objectif général 2 - Poursuivre l'amélioration de la santé maternelle

OS 2-1 : réduire en 5 ans, la mortalité maternelle en visant le niveau zéro décès

OS 2-2 : réduire d'au moins 20 %, en 5 ans, la part des décès évitables parmi les décès de causes obstétricales

OS 2-3 : ramener, en 5 ans, la fréquence globale des accouchements par césarienne à 10 % pour les femmes à bas risque de complication obstétricale

Objectif général 3 - Favoriser le libre choix des couples en matière de contrôle des naissances

Sous-objectif général 3-1 : améliorer l'utilisation adaptée des méthodes contraceptives

OS 3-1-1 : réduire d'au moins 17 %, en 5 ans, la proportion des grossesses non prévues

OS 3-1-2 : atteindre, en 5 ans, une fréquence de recours aux méthodes appropriées de contraception, de 98 % parmi les femmes moindre utilisatrices (femmes de 15 à 19 ans ou résidant dans les DOM)

Sous-objectif général 3-2 : réduire la fréquence des interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les jeunes femmes

OS 3-2-1 : réduire parmi les femmes âgées de 15-17 ans et de 18-19 ans, le taux d'IVG de 1 point pour 1 000, chaque année

Le HCSP formule, d'une part des propositions spécifiques, d'autre part une recommandation générale sur le système d'information.

Propositions spécifiques

P1 : en matière de contraception

P 1-1 : Améliorer l'information de la population générale, et de populations particulièrement ciblées : adolescents, femmes en situation de vulnérabilité et populations des DOM ; l'INPES avait commencé

en octobre 2007 une campagne d'information visant ces groupes de population ; les femmes en situation de vulnérabilité sont visées par l'intermédiaire des associations locales. La campagne fut prolongée en 2008. Il faudrait la reprendre en 2010.

P 1-2 : Agir sur la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé, notamment les généralistes (en relation avec le Collège des généralistes enseignants).

P 1-3 : Améliorer l'accès à la contraception en valorisant le remboursement de produits non encore remboursés, et les génériques ; faciliter la réalisation, dans les centres de planification, de certains actes, pour l'instant limités au seul médecin responsable, en particulier la prescription initiale de contraception hormonale et non hormonale, en l'absence d'état pathologique.

P 1-4 : Mener des enquêtes spécifiques et suivre la délivrance des contraceptions d'urgence dans les établissements scolaires.

P2 : en matière d'indications et de pratiques de l'interruption thérapeutique de grossesse (ITG)

L'objectif 89[249] de la loi de 2004 posait comme objectif préalable l'estimation de la fréquence des naissances d'enfants ayant une affection d'origine anténatale pour laquelle aucune évaluation du risque n'avait été réalisée. Les indicateurs proposés avaient notamment ciblé comme pathologie traceuse la trisomie 21, suffisamment fréquente et disposant de procédures de dépistage validées : ratio du nombre total d'amniocentèses / choriocentèses sur le nombre total de grossesses ; nombre total d'ITG sur le nombre d'amniocentèses / choriocentèses.

Il est nécessaire de faire une évaluation complète de la fréquence des interruptions thérapeutiques de grossesses (ITG) et de leurs indications, au niveau national. Cela suppose une refonte sérieuse des modalités de surveillance et déclaration des morts fœtales.

Des indicateurs approchés peuvent être mis en place, à partir :

- des banques de données nationale et coordination nationale des centres CPDPN ;
- des registres de malformations congénitales, lesquels permettraient de disposer de données de référence, tels que les pourcentages des anomalies à la naissance (vivante et mort-née) et aussi parmi les Interruptions thérapeutiques de grossesse y compris l'âge gestationnel à l'ITG ;
- des enquêtes nationales périnatales de 2003 et de la prochaine qui aura lieu en 2010, comportant une question sur la prise de sang pour les marqueurs sériques au cours de la surveillance prénatale ou les raisons de son absence.

Recommandation générale

La France est le seul pays d'Europe qui ne dispose pas de données systématiques pour toutes les naissances ni sur l'âge gestationnel des nouveau-nés, ni sur leur poids. Dans les autres pays, ces informations proviennent de l'état-civil, via les bulletins de naissance (vivante ou mort-née), ou d'un registre médical portant sur la totalité des naissances. En France, les bulletins de naissance ne comportent pas ces informations, et il n'existe pas de registre de naissances exhaustif.

En revanche, la France dispose de données de bonne qualité, à partir des enquêtes nationales périnatales, sur les indicateurs démographiques et sociaux des mères, la prise en charge médicale pendant la grossesse, l'accouchement et certains indicateurs de santé des nouveau-nés. Cependant, ces données sont disponibles uniquement les années où l'enquête nationale a eu lieu (1995, 1998 et 2003) ; la prochaine enquête est prévue en 2010.

Pour comprendre l'écart entre la France et les autres pays d'Europe, la France ne distingue pas les mort-nés spontanés et les ITG et ne dispose pas systématiquement de l'âge gestationnel des décès fœtaux. Ceci depuis les modifications récentes de la réglementation et de l'interprétation de textes antérieurs relatifs à l'enregistrement des mort-nés en 2008, qui tendront à limiter notre capacité d'analyse. Ainsi, en 2002, la mention de l'âge gestationnel a disparu du bulletin d'état-civil et depuis août 2008, la réglementation, pour des raisons d'ordre éthique, affirme le droit des parents à faire

[249] Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatals respectueux des personnes.

procéder à la déclaration de naissance d'un fœtus mort-né quel que soit son âge gestationnel et conditionne cette déclaration à la production d'un certificat médical d'accouchement (lequel ne comporte ni indication d'âge gestationnel ni poids de naissance). Il n'y a ainsi plus de limite à l'âge gestationnel des fœtus déclarés mort-nés, leur terme n'est pas recensé et le caractère systématique de leur déclaration peut être remis en question.

Pour pouvoir de nouveau comparer les données françaises aux données européennes disponibles, une circulaire prise par les ministères de la santé, de l'intérieur et de la justice, en date du 19 juin 2009, impose aux établissements de santé de consigner les données nécessaires aux statistiques périnatales dans le résumé de sortie standardisé (RSS) produit pour le PMSI, chaque fois qu'un certificat d'accouchement est établi en vue de la déclaration à l'état-civil d'un enfant sans vie. Ceci ne règle cependant pas complètement le problème, car le certificat d'accouchement n'est pas obligatoire, en l'absence de demande visant une déclaration d'état-civil ; les données seront par conséquent très disparates selon les régions, et fonction de la manière dont les réseaux de santé périnatale utilisent le PMSI pour leurs propres statistiques régionales. L'expertise des données 2008 montre, d'ailleurs, que ces informations ne sont pas encore bien renseignées, mais il s'agit de la phase de montée en charge.

Le HCSP recommande donc les aménagements suivants du système d'information périnatal :

- maintenir l'enregistrement systématique à l'état-civil des mort-nés à partir de 22 semaines ou 500 grammes **;**

- noter l'âge gestationnel et le poids à la naissance dans le certificat médical d'accouchement et l'inscrire dans le bulletin d'enfant sans vie à l'état-civil ;

- mettre en place la certification des causes de décès des mort-nés, à l'image de celle qui existe pour le décès néonatal (0-28 jours après la naissance vivante).

Santé sexuelle

Le concept de santé sexuelle et reproductive tel qu'il est défini par l'OMS ne se limite pas à l'absence de dysfonctions, de maladies ou de problèmes de santé (infertilité, avortement, infection sexuellement transmissible (IST) etc.) mais se réfère à un *processus continu* de bien-être physique, psychologique, et socio-culturel associé à la sexualité (OMS 2004). Bien que leur prise en charge soit de plus en plus médicalisée, les questions de santé sexuelle et reproductive s'envisagent aujourd'hui dans une perspective globale et multidisciplinaire. Le concept de santé sexuelle regroupe ainsi le contrôle des IST, de l'infection à VIH, des infections des organes reproducteurs, les grossesses non désirées et avortements hors conditions de sécurité, la stérilité, le bien-être sexuel (satisfaction, plaisir, dysfonctionnement), la violence entre sexes, certains aspects de la santé mentale, l'impact du handicap et des maladies chroniques sur la sexualité, les mutilations génitales chez les femmes.

Dans la loi de santé publique d'août 2004, plusieurs objectifs en lien avec la santé sexuelle étaient répartis dans différents chapitres et portaient essentiellement sur les infections sexuellement transmissibles et les questions liées à la reproduction. De même la plupart des questions abordées faisaient l'objet de plans distincts : plan hépatites, plan IST/VIH, plan périnatalité, plan santé sexuelle des jeunes de 15 à 24 ans…

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales a recentralisé les compétences en matière de lutte contre les IST les rapprochant ainsi de celles de l'infection VIH/Sida. Il existe ainsi une tendance à regrouper les efforts de dépistage et de prévention autour de centres fédératifs de maladies transmissibles associant CIDIST et CDAG.

Dans ce contexte, le découpage des objectifs de prévention, infection par infection, ne semble pas rationnel et ne permet pas d'avoir un discours simple et clair à destination de la population générale et des professionnels qui voient des patients à risque d'IST en général et non à risque d'une IST spécifique.

Cependant, la France manque encore d'un cadre conceptualisant le champ de la santé sexuelle.

Dans cette attente, il est difficile de proposer le regroupement des sujets liés à la santé sexuelle, sous peine de ne présenter que des aspects encore partiels.

Il est clair qu'il sera nécessaire de conduire une réflexion en France visant à mettre en cohérence les politiques concernées par ce concept.

Santé de l'enfant

Ce chapitre aborde la santé de l'enfant sous l'angle des dépistages sensoriels, des troubles du langage et de la prévention des caries dentaires. D'autres aspects de la santé de l'enfant sont traités par ailleurs : nutrition, vaccinations, santé psychique. La maltraitance intentionnelle ou non est abordée dans le chapitre « pathologies traumatiques et liées à la violence ».

S'agissant de la santé de l'enfant, il est essentiel, en effet, de développer les dépistages précoces et de faire en sorte que les troubles diagnostiqués puissent être traités le plus tôt possible. La prévention des conséquences (incapacité, limitation ou séquelles fonctionnelles, complications…) liées à des troubles sensoriels, langagiers ou autres est indispensable, d'abord au niveau humain, ensuite au niveau économique et pour l'ensemble de la société, surtout lorsqu'elle se préoccupe et accompagne de façon spécifique les familles les plus défavorisées. Les examens de prévention ainsi que les dépistages systématiques associés font partie de la « culture santé » de notre pays depuis des années et sont généralement bien acceptés et investis par les familles.

Ces dernières années, des améliorations ont été apportées au carnet de santé de l'enfant afin de faciliter ces examens et de permettre au médecin qui les pratique de ne rien oublier (avec repères d'acquisition ou tests simples de repérage d'un problème nécessitant une orientation vers un spécialiste). Cependant, il n'est pas souvent possible de proposer des objectifs quantifiés pour ces dépistages alors que les recueils de données existent (certificats de santé, bilans de santé par la PMI ou la santé scolaire) mais sont loin d'être toujours exploitables[250]. Néanmoins leur importance est majeure en termes de santé publique.

Dans la loi d'août 2004, la thématique de la santé de l'enfant comportait cinq objectifs qui portaient sur les atteintes sensorielles, les troubles du langage, la réduction des caries et les traumatismes intentionnels ou non survenant dans l'enfance. Deux objectifs de santé évoluent plutôt favorablement mais n'ont pas atteint le niveau requis : il s'agit, d'une part, des accidents de la vie courante, qui ont fortement diminué et, d'autre part, des caries de l'enfant. Ce dernier objectif est atteint en moyenne pour les enfants de 12 ans, mais pas dans toutes les catégories sociales. Il n'est pas atteint pour les enfants de 6 ans. Trois objectifs n'ont pu être évalués pour des raisons qui tiennent, soit à la difficulté de rassembler et d'interpréter les données (maltraitance à l'enfant), soit au temps nécessaire à la diffusion et à l'appropriation par les professionnels d'outils récemment validés par la Société française de pédiatrie (troubles du langage), ou encore à la complexité de définir une stratégie de dépistage (atteintes sensorielles). Les nouvelles propositions sur les accidents de la vie courante et les traumatismes intentionnels sont traitées dans le chapitre « pathologies traumatiques et liées à la violence ». Pour les troubles sensoriels et du langage, il est proposé de conserver les objectifs en les reformulant. Pour les caries de l'enfant, il est proposé d'introduire des objectifs de réduction des disparités entre différentes catégories sociales.

Objectif général 1 - Réduire les incapacités liées aux troubles sensoriels de l'enfant

Les atteintes sensorielles de l'enfant peuvent avoir un impact sur les capacités d'apprentissage, la vie quotidienne, la scolarisation… Un diagnostic et une prise en charge adaptée précoces sont indispensables pour corriger certaines anomalies visuelles ou auditives ou en limiter les conséquences.

Sous-objectif général 1-1 : améliorer le dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant : surdité permanente néonatale et autres troubles de l'audition

La surdité et les troubles de l'audition doivent être dépistés d'autant plus précocement qu'ils sont graves et que les enfants peuvent bénéficier d'appareillage et de mesures d'aide pour réduire les difficultés qu'ils entraînent. Les dépistages avant l'âge d'un an permettent le diagnostic des déficits

[250] Anne Tursz, in Inserm 2007.

graves de l'audition, notamment la surdité néonatale bilatérale, tandis que les examens de prévention réalisés avant 4 ans dépistent les troubles passés inaperçus ou acquis.

Des avancées majeures au niveau technologique, médical, éducatif dans le champ de la surdité ont fait largement évoluer les pratiques en matière de surdité permanente néonatale (SPN). Ces progrès réalisés ces vingt dernières années concernent notamment la précocité de la pose de l'appareillage prothétique et l'implant cochléaire. Cependant le diagnostic doit être plus précoce[251] : en effet, en France, la moyenne d'âge au diagnostic est évaluée à 16 mois pour les surdités profondes, 23 mois pour les surdités sévères, 37 mois pour les surdités moyennes[252].

En 2007, la HAS[253] recommandait de mettre en œuvre progressivement, au niveau national, le dépistage systématique de la surdité permanente néonatale en s'appuyant sur les expérimentations en cours au niveau régional afin d'identifier les difficultés en termes d'organisation. Le conseil consultatif national d'éthique faisait parallèlement des recommandations sur les précautions à prendre en la matière[254].

Par ailleurs, en dehors de la surdité congénitale, les examens périodiques et à des âges clés (naissance, 9e et 24e mois) ont pour but de repérer et de dépister tôt les enfants malentendants. Ensuite, les bilans à l'école maternelle, à 3-4 ans, par les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) et, à 5-6 ans, par les services de promotion de la santé en faveur des élèves, permettent de dépister les troubles auditifs passés inaperçus ou d'apparition tardive.

Ces différents bilans périodiques, dont l'exploitation statistique devrait permettre de connaître la situation en matière de dépistage et de prévalence des troubles auditifs, sont encore insuffisamment exploités en raison d'un manque d'exhaustivité et d'une qualité de remplissage inégale. Cependant les bases de données des certificats du 8e jour, 9e mois et 24e mois sont maintenant validées pour les années 2006-2007 et sont en passe d'être diffusées pour des exploitations statistiques. Par ailleurs, les certificats de santé, remplis lors des examens des 8e jour, 9e et 24e mois, ont été actualisés en 2006 avec notamment des informations sur les dépistages visuels et auditifs[255].

Les résultats des bilans réalisés à l'âge de 3-4 ans chez les enfants scolarisés ne font pas l'objet d'une remontée exhaustive au niveau national, mais l'obligation pour les départements de les organiser[256] devrait permettre également de disposer de données dans un proche avenir.

A l'heure actuelle, les informations proviennent essentiellement des enquêtes réalisées en milieu scolaire à partir de la grande section de maternelle. La prévalence des troubles auditifs[257] chez les élèves de CM2[258] était de 4 % en 2005 avec des variations régionales (de 2 % dans le Centre-Est à 6,6 % dans l'Ouest). Les disparités sont particulièrement importantes entre la métropole et les DOM.

[251] Le Bureau international d'audiophonologie et le Rapport de consensus européen de dépistage néonatal ont rappelé que le dépistage et le diagnostic précoces d'une déficience auditive congénitale impliquent une prise en charge audiophonologique immédiate. Recommandations BIAP 12-4 : le dépistage et le diagnostic précoces de la surdité. http://www.biap.org/

[252] Garabedian E.N. Avancées récentes dans le domaine de la surdité de l'enfant. Archives de Pédiatrie 2002; 9(2): 107-9.

[253] Haute Autorité de santé. Rapport sur l'évaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale. 2007

[254] CCNE pour les Sciences de la vie et de la santé, avis n°103. Ethique et surdité de l'enfant : éléments de réflexion à propos de l'information sur le dépistage systématique néonatal et la prise en charge des enfants sourds 2007.

[255] Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie. Recommandations Anaes - octobre 2002.

[256] Loi sur la protection de l'enfance de mars 2007 ; arrêté du 18 décembre 2008 – Annexe N°VII, données issues des bilans de santé en école maternelle.

[257] Un enfant était considéré come ayant un trouble de l'audition s'il n'entendait pas sur au moins une oreille, un son à 30 décibels sur les fréquences 500 hz, 1000 hz, 2000 hz et 4 000 hz.

[258] Guignon N., Herbet J-B., Fontaneau L., Guthmann J-P. La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats. Etudes et Résultats 2008 ; 632 : 1-8.

Objectifs spécifiques

OS 1-1-1 : définir une stratégie nationale de dépistage de la surdité permanente néonatale

L'évaluation du programme expérimental, confiée à l'AFDPHE (Association française de dépistage et de prévention du handicap chez l'enfant), n'est pas encore publiée. Néanmoins, plusieurs auteurs insistent déjà sur la nécessité d'une approche systématique et spécifique des enfants « à risque », notamment de ceux qui sont transférés en néonatologie et échappent au dépistage systématique réalisé en maternité[259].
La HAS a publié en décembre 2009 des recommandations de bonnes pratiques concernant l'accompagnement des familles et le suivi des enfants de 0 à 6 ans atteints de surdité.

OS 1-1-2 : améliorer le dépistage précoce (avant l'âge d'un an) des troubles de l'audition, en dehors de la surdité permanente néonatale

OS -1-3 : faire bénéficier l'ensemble des enfants d'un dépistage des troubles de l'audition avant l'âge de 4 ans

L'objectif pourra être quantifié après état des lieux si les données sont disponibles.

Source de données	Organisme responsables de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	
Examen des 8e jour, 9e mois, 24e mois	Drees		• % d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage auditif	
			• % d'enfants orienté vers un bilan auditif spécialisé	
Bilan PMI 3-4 ans	Drees		• % d'enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un dépistage auditif	
			• % d'enfants de 3-4 ans orienté vers un bilan auditif spécialisé	
Enquêtes triennales en milieu scolaire	Drees	GSM : 2005-2006	• % d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles auditifs : à 5-6 ans*	

* Ces enquêtes menées auprès des enfants plus âgés devraient permettre de suivre la prévalence des troubles auditifs repérés par le médecin de santé scolaire, lequel est invité à noter s'il a adressé l'enfant à un ORL. L'enquête auprès des enfants âgés de 5-6 ans est en cours d'exploitation et devrait fournir les données à T0.

Sous-objectif général 1-2 : améliorer le dépistage précoce des troubles visuels de l'enfant

Les anomalies de la réfraction, troubles les plus fréquents, sont accessibles à un traitement si elles sont dépistées et prises en charge tôt, c'est-à-dire avant l'âge de 3 ans.
Elles sont parfois difficiles à déceler chez le nourrisson et le jeune enfant et constituent une cause majeure de strabisme et d'amblyopie. A l'âge de 9 mois, la fonction visuelle doit être évaluée afin de mettre en évidence une différence de comportement entre les deux yeux. Le plus souvent, ces troubles sont dénués d'impacts immédiats, donc difficiles à déceler, mais, s'ils ne sont pas traités précocement, ils peuvent entraîner une baisse irréversible de l'acuité visuelle.

[259] Dauman R *et al*. Screening to detect permanent childhood hearing impairment in neonates transferred from the newborn nursery. Intern J Pediatr Otorhinolaryngol. 2009; 73: 457-65. Daumann R, Roussey M, Garabédian N, La surdité permanente de l'enfant relève-t-elle du dépistage néonatal ?, Prat Organ Soins 2009 ;40(3) :207-212.

Un grand nombre de pays[260] ont adopté des programmes spécifiques de dépistage par des orthoptistes. D'autres programmes sont fondés sur la participation de médecins généralistes[261], ou d'infirmiers formés[262].
Dans le cadre du bilan de 3-4 ans en école maternelle, un examen de la vue doit être réalisé afin de dépister les amétropies importantes, les strabismes et les amblyopies.
Un examen en dernière année de maternelle doit être assuré afin de dépister les amétropies moins importantes ou un trouble visioperceptif pouvant gêner l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

En 2005, près de trois élèves de CM2[263] sur 10 présentaient une anomalie connue de la vision ; parmi eux plus d'un quart portait des verres correcteurs et près de 4 % n'en étaient pas équipés. Le taux global d'équipement n'a pas varié entre 2000 et 2005, mais les écarts se sont creusés entre les enfants des zones d'éducation prioritaires (Zep) et les autres (3,5 points d'écart en 2002 contre 5 en 2005).

Objectifs spécifiques

OS 1-2-1 : améliorer le dépistage et la prise en charge précoces des troubles de la vue entre l'âge de 9 mois et de 12 mois
Depuis 2006, des recommandations concernant la conduite des examens de santé systématiques de l'enfant et les stratégies de dépistage des troubles visuels ont été intégrées aux carnets de santé. Les items à retranscrire dans les certificats de santé correspondant aux âges clés définis par la législation ont de même été modifiés. Il devrait donc être possible de disposer des données.

OS 1-2-2 : améliorer le dépistage des déficits visuels avant l'âge de 6 ans

Source de données	Organisme responsables de la production des indicateurs	Niveau de référence		Dates de suivi
		Année	Valeur de référence	
Examen des 8e jour, 9e mois, 24e mois	Drees		• % d'enfants ayant bénéficié d'un examen de la vue	
			• % d'enfants ayant un examen anormal	
Bilan PMI 3-4 ans	Drees		• % d'enfants âgés de 3-4 ans ayant bénéficié d'un dépistage visuel	
			% d'enfants âgés de 3-4 ans orienté vers un bilan ophtalmologique spécialisé	
Enquêtes triennales en milieu scolaire	Drees	GSM: 2005-2006	• % d'enfants ayant bénéficié d'un repérage des troubles visuels dont % adressé à un ophtalmologiste • 5-6 ans	

[260] Autriche, Brésil, Canada, France (dans certains départements), Japon, Allemagne, Italie, Grande-Bretagne, Afrique du Sud, Suisse, Australie.
[261] Pays-Bas, Suède, Danemark.
[262] Belgique, Canada, Japon, Afrique, Grande-Bretagne, USA, Australie, France selon les départements.
[263] Guignon N., Herbet J-B., Fontaneau L., Guthmann J-P. La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats. Etudes et Résultats 2008 ; 632 : 1-8.

La publication prochaine des données de l'enquête triennale en grande section de maternelle devrait permettre de disposer d'une valeur à T0 et de dresser un état des lieux préalable à la formulation d'un objectif quantifié.

Objectif général 2 - Améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge précoces des troubles du langage oral et écrit et des apprentissages

Les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral (dysphasies ou troubles du développement du langage oral) et/ou écrit (dyslexies, dysorthographies ou troubles du langage écrit) ainsi que de troubles de l'apprentissage souvent associés (dysgraphie, dyscalculie) sont confrontés à des difficultés de degrés divers débutant dès les premiers apprentissages scolaires. En l'absence de diagnostic ou en cas de prise en charge tardive ou inadaptée, le risque est celui d'échecs scolaires massifs posant problème à toutes les étapes des apprentissages et de la vie scolaire, grevant l'accès aux études et à l'insertion professionnelle.
Le plan langage 2001-2004[264] et la circulaire n°DGS/SD6D/MEN/2002/68 du 4 février 2002 ont commencé à prendre en compte la prévention et le repérage plus précoce des troubles du langage oral.

Objectifs spécifiques

OS 2-1 : valider et développer les procédures de dépistage des troubles du langage et des apprentissages
Il est indispensable de :

- intensifier la diffusion et l'appropriation des outils validés par les professionnels du soin et de l'éducation et développer les procédures de repérage et de dépistage.
- faciliter les synergies entre les institutions en charge de la validation des outils et des procédures de dépistage et celles en charge de la communication en direction des professionnels et des familles.
- favoriser le partenariat entre les différents acteurs de santé locaux.
- faciliter l'accès aux soins des familles.

OS 2-2 : prendre en compte les spécificités des enfants en grande difficulté pour l'acquisition des apprentissages
Il importe de prendre en compte la prévention, le repérage et le dépistage des troubles du langage oral auprès des familles les plus défavorisées et des familles d'origine étrangère lorsque l'acquisition des deux langues pose problème. En effet, d'après l'expérience des services de PMI dans certains secteurs qui concentrent les difficultés, le pourcentage d'enfants repérés comme ayant des retards d'acquisition ou des troubles du langage peut atteindre des taux très importants (de 25 à 40 % selon les cas) en moyenne section d'école maternelle. Ces difficultés sont confirmées dans leur grande majorité lors des bilans orthophoniques ou psychologiques ultérieurs. Il peut s'agir :

- d'un retard qui entre dans le cadre d'un retard psychomoteur global (le plus fréquent) ;
- d'un retard simple de langage dont l'évolution doit être surveillée en raison des répercussions sur le langage écrit,
- d'un développement déficitaire dû à des facteurs psychosociaux et culturels,
- ou d'un trouble structurel du langage comme la dysphasie, bien plus grave.

Dans tous les cas, le déficit d'accès au langage écrit et aux apprentissages qui en découlent peut être à l'origine d'échec scolaire.

[264] Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage 2001-2004.

Objectif général 3 - Améliorer la santé bucco-dentaire des enfants, particulièrement aux âges critiques de 6 et 12 ans, dans toutes les catégories sociales

L'indicateur utilisé au niveau international afin de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire est l'indice CAO :
C =nombre de dents cariées
A = nombre de dents absentes
O = nombre de dents « obturées » en bouche (soignées)
L'indice CAO moyen est la moyenne qui résulte du nombre total de dents cariées, de dents absentes pour cause de caries, et de dents obturées définitivement pour une population donnée par rapport au nombre de personnes examinées. L'indice CAO mixte moyen est établi en tenant compte des dents de lait et des dents définitives de l'enfant.
Les enquêtes de l'UFSBD (Union française pour la santé bucco-dentaire) ont montré une réduction de l'indice CAO moyen à 12 ans qui est passé de 4,2 en 1987 à 1,9 en 1998. L'objectif est de réduire encore cet indice pour rattraper les autres pays d'Europe dont les indices CAO moyens sont très proches de 1.
L'objectif défini pour 2008 n'a pas été atteint pour la population des enfants âgés de 6 ans, quel que soit l'environnement socio-économique (indice à 1,38), il doit donc être maintenu. Par ailleurs, si l'objectif a été atteint en moyenne pour les enfants âgés de 12 ans, il existe, comme chez les enfants âgés de 6 ans des disparités associées au statut socioprofessionnel des parents. C'est pourquoi il est proposé des objectifs qui ciblent les catégories ayant les indices les plus élevés.

Objectifs spécifiques

OS 3-1 : réduire de 30 %, en 5 ans, l'indice CAO mixte moyen à l'âge de 6 ans
OS 3-2 : réduire de 30 %, en 5 ans, l'indice CAO mixte moyen à l'âge de 6 ans dans les catégories de population ayant les fréquences les plus élevées
OS 3-3 : atteindre, en 5 ans, un niveau d'indice CAO moyen inférieur à 1,23 à l'âge de 12 ans dans toutes les catégories sociales y compris celles ayant un indice élevé

Source de données	Organisme responsable de la production des indicateurs	Niveau de référence			Dates de suivi
		Année	Valeur de référence : Valeur du CAO moyen		Année
Enquête en milieu scolaire	UFSBD	2006	6 ans	1,38	
Enquête en milieu scolaire	UFSBD	2006	6 ans : selon les CSP		
Enquête en milieu scolaire	UFSBD	2006	12 ans : Total Agriculteurs Ouvriers Autres	 1,23 1,42 1,55 1,60	
Enquête en milieu scolaire	Drees	2006	5 - 6 ans (GSM) : selon les CSP des parents	Au moins 2 dents cariées non soignées :	

		2004	9 – 10 ans (CM2) selon les CSP des parents	Au moins 2 dents cariées non soignées : 8 % Cadres : 2,7 % Ouvriers : 11,6 %	
Bilans campagne M'T dents	CnamTS		5-6 ans		
Enquêtes dans les instituts médico-éducatifs (IME)			5-6 ans 12 ans		
Bilans bucco-dentaires	CCMSA, RSI		5-6 ans 12 ans		

En conclusion

Les aspects relatifs à la santé psychique, à la maltraitance et aux accidents domestiques ont été traités dans les chapitres correspondants et ne sont pas exposés ici.
Les objectifs en rapport avec les atteintes sensorielles et les troubles du langage n'avaient pu être évalués faute d'indicateurs pertinents. L'insuffisance des systèmes d'information ne permet pas de proposer des objectifs quantifiables dans tous les cas. Toutefois, compte tenu de l'importance de la prévention de ces troubles, les objectifs sont reconduits ou reformulés en insistant sur la nécessité d'améliorer les outils de dépistage et le recueil des données.
En matière de santé bucco-dentaire, les disparités observées ont conduit à identifier les groupes d'âge et les catégories sociales particulièrement concernées.

Le tableau 15 récapitule ces propositions.

Tableau 15 - Récapitulatif des objectifs proposés sur le thème des troubles sensoriels, des troubles du langage et de la santé bucco-dentaire

Objectif général 1 - Réduire les incapacités liées aux troubles sensoriels de l'enfant
Sous-objectif général 1-1 : améliorer le dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant : surdité permanente néonatale et autres troubles de l'audition
OS 1-1-1 : définir une stratégie nationale de dépistage de la surdité permanente néonatale
OS 1-1-2 : améliorer le dépistage précoce (avant l'âge d'un an) des troubles de l'audition, en dehors de la surdité permanente néonatale
OS 1-1-3 : faire bénéficier l'ensemble des enfants d'un dépistage des troubles de l'audition avant l'âge de 4 ans
Sous-objectif général 1-2 : améliorer le dépistage précoce des troubles visuels de l'enfant
OS 1-2-1 : améliorer le dépistage et la prise en charge précoces des troubles de la vue entre l'âge de 9 mois et de 12 mois
OS 1-2-2 : améliorer le dépistage des déficits visuels avant l'âge de 6 ans

Objectif général 2 - Améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge précoces des troubles du langage oral et écrit et des apprentissages

OS 2-1-1 : valider et développer les procédures de dépistage des troubles du langage et des apprentissages

OS 2-1-2 : prendre en compte les spécificités des enfants en grande difficulté pour l'acquisition des apprentissages

Objectif général 3 - Améliorer la santé bucco-dentaire des enfants, particulièrement aux âges critiques de 6 et 12 ans dans toutes les catégories sociales

OS 3-1 : réduire de 30 %, en 5 ans, l'indice CAO mixte moyen à l'âge de 6 ans

OS 3-2 : réduire de 30 %, en 5 ans, l'indice CAO mixte moyen à l'âge de 6 ans dans les catégories de population ayant les fréquences les plus élevées

OS 3-3 : atteindre, en 5 ans, un niveau d'indice CAO moyen inférieur à 1,23 à l'âge de 12 ans dans toutes les catégories sociales, y compris celles ayant un indice élevé

Dans ce cadre le HCSP formule deux propositions.

Proposition 1 - Améliorer les systèmes d'information relatifs aux troubles sensoriels et d'apprentissage du langage

Il est indispensable d'améliorer la qualité et l'exploitation des données disponibles (certificats de santé et bilans de santé en maternelle et en primaire).

En effet, il y a encore trop peu de données chiffrées disponibles actuellement, mais depuis la refonte des certificats de santé, il devrait être possible d'améliorer les recueils statistiques, à condition toutefois d'améliorer préalablement la couverture des examens obligatoires et le remplissage des certificats. Depuis la généralisation des bilans de 3-4 ans en école maternelle, imposée par la loi sur la protection de l'enfance de mars 2007, il doit être possible d'organiser une remontée des données à des fins statistiques, du niveau départemental au niveau régional et national.

En outre, depuis 2006, des recommandations concernant la conduite des examens de santé systématiques de l'enfant et les stratégies de dépistage des troubles auditifs ont été intégrées aux carnets de santé. Les items à retranscrire dans les certificats de santé correspondant aux âges clés définis par la législation ont de même été modifiés. De ce fait, il devrait être possible de disposer des données de suivi, au moins des dépistages aux moments clés du développement de l'enfant.

Données sur l'audition et la vision

Les dépistages réalisés par la PMI et par le Service de promotion de la santé en faveur des élèves comportent ou devraient comporter les données suivantes :
- le pourcentage d'enfants âgés de 3-4 ans ayant bénéficié d'un dépistage des troubles sensoriels visuels et auditifs dans le cadre des bilans réalisés en école maternelle par les services départementaux de PMI ;
- le pourcentage d'enfants âgés de 3-4 ans chez lesquels a été conseillé un bilan spécialisé parmi les enfants ayant bénéficié de ce dépistage ;
- le pourcentage d'enfants âgés de 5-6 ans ayant bénéficié d'un dépistage des troubles sensoriels lors des bilans réalisés par le service de promotion de la santé des élèves ;
- le pourcentage d'enfants âgés de 5-6 ans chez lesquels a été conseillé un bilan spécialisé parmi les enfants ayant bénéficié de ce dépistage.

Données sur le langage

Les indicateurs suivants seraient nécessaires au suivi des troubles du langage :

- Pourcentage d'enfants âgés de 3-4 ans ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre des bilans réalisés en école maternelle par les services départementaux de PMI (bilan réaffirmé dans la loi de protection de l'enfance de mars 2007) ;
- Pourcentage d'enfants âgés de 3-4 ans ayant été adressés à un professionnel en orthophonie parmi les enfants ayant bénéficié de ce dépistage.
- Pourcentage d'enfants âgés de 5-6 ans ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage et des apprentissages lors des bilans réalisés par le service de promotion de la santé des élèves.
- Pourcentage d'enfants âgés de 5-6 ans ayant été adressés à un professionnel spécialisé parmi les enfants ayant bénéficié de ce dépistage ;
- Nombre d'enfants orientés vers la MDPH pour troubles du langage oral ou écrit ou pour troubles des apprentissages, nombre d'enfants diagnostiqués ou pris en charge ;
- File active et part d'enfants adressés par la médecine scolaire, les services de PMI et les professionnels libéraux aux centres de référence des troubles du langage.

Il est indispensable d'améliorer le recueil des données notamment en termes d'exhaustivité et d'établir des données plus précises concernant les troubles eux-mêmes.

Proposition 2 - En termes de recherche, il est nécessaire de mener des études dans différents domaines :

Surdité

- Déterminer la fréquence des surdités permanentes néonatales et à des âges clés déterminés (1 an et 3 ans par exemple). La mise en place d'un registre national des surdités de l'enfant doit être étudiée.

Vision

- Déterminer la prévalence des déficits visuels sévères, des déficits moins graves et estimer la fréquence des amblyopies évitables.
- Valider et recommander des outils de dépistage des anomalies visuelles, particulièrement chez le petit enfant.

Pour l'ensemble des troubles sensoriels

- Evaluer des stratégies de dépistage et de diagnostic, en particulier par des études de type coût/efficacité.

Langage

Plusieurs études récentes indiquent un lien significatif entre une anomalie de vision non corrigée et un risque de difficulté d'apprentissage de la lecture, donc de retard scolaire. Toutes les études et les rapports officiels récents sur la dyslexie renforcent l'hypothèse de l'existence d'un trouble de la perception visuelle chez certains enfants dyslexiques[265].
Il est nécessaire de développer la recherche concernant la nature de ces troubles, leur fréquence, les facteurs de risque, le devenir des enfants concernés selon les axes développés dans le plan langage 2001-2004.

[265] Il s'agirait d'un déficit de transmission des informations visuelles rapides et peu contrastées de la rétine au cortex visuel. Une évaluation précoce de la qualité du traitement visuel permettrait d'anticiper l'apparition de certains déficits comme des troubles des apprentissages : Chokron S., Vilayphonh M. et al. « Des difficultés non spécifiques aux troubles spécifiques du langage ». Colloque national organisé par le ministère de la santé et des sports, actes du colloque, Paris, 27 janvier 2009.

Vieillissement

Données démographiques

Fait connu et reconnu, la population vieillit. Ce vieillissement est inéluctable, au sens où il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle. Selon la projection de l'Insee, une personne sur trois aura 60 ans ou plus en 2050 ; la population des plus de 60 ans s'élèvera alors à 22,3 millions de personnes contre 12,6 millions en 2005, ce qui correspond à une hausse de 80 % en 45 ans. La progression, non linéaire, semble évoluer en trois phases : une phase de croissance faible qui se termine actuellement (entre 2006 et 2009), suivie d'une phase de progression rapide jusqu'en 2035, durant laquelle le nombre de personnes de plus de 65 ans passera de 12,8 à 20,9 millions, et enfin une hausse plus modérée de 2035 à 2050, accompagnée par contre d'une forte mortalité des plus de 90 ans.

Toujours selon l'Insee[266], la France comptait en 2008, 5,5 millions de personnes de 75 ans ou plus contre seulement 4,3 millions en 2000. Ce vieillissement modifie profondément les équilibres entre générations : depuis 2000, la part des jeunes de moins de 20 ans n'a cessé de baisser, passant de 25,8 % à 24,7 %, tandis que celle des plus de 60 ans s'est élevée de 20,4 % à 22,6 %. Cette proportion sera de 30,6 % en 2035 et de 31,9 % en 2050.

Cette évolution démographique est liée à l'augmentation de l'espérance de vie. Après une pause en 2008 chez les femmes, elle a progressé de deux mois en 2009 pour atteindre 84,5 ans chez celles-ci et 77,8 ans chez les hommes. L'espérance de vie des Françaises est supérieure de deux ans à celle des femmes de l'Union européenne. En revanche l'espérance de vie des hommes est juste dans la moyenne des principaux pays européens.

La baisse de la mortalité entre 70 et 90 ans explique en grande partie cette progression. Sur 3,7 millions de décès tous âges confondus survenus au cours de l'année 2000, 3 millions concernaient des personnes âgées de plus de 64 ans. 8 décès sur 10 surviennent après 64 ans[267]. Et c'est en France que le niveau de mortalité était le plus faible aussi bien pour les hommes que pour les femmes ; les causes de décès les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire (4 sur 10 pour les hommes et 1 sur 2 pour les femmes), suivies des cancers (le quart des décès), puis des maladies de l'appareil respiratoire (10 %), le diabète et les morts violentes représentant chacun 3 % des causes de décès à ces âges.

Etat de santé des personnes de plus de 64 ans

L'allongement de la vie va de pair cependant avec une augmentation des maladies chroniques et des incapacités qu'elles entraînent. Le vieillissement n'a évidemment pas le même impact si l'on vieillit en bonne santé ou si l'allongement de la vie s'accompagne de maladies et d'incapacités. Les années de vie avec incapacité sont souvent concentrées en fin de vie et concernent davantage les femmes[268] du fait de leur longévité.

Ainsi, à 65 ans, en 2000, les femmes pouvaient espérer vivre sept ans sans limitations fonctionnelles, treize ans sans limitations d'activité et dix-sept ans sans restrictions pour les soins personnels tandis que pour les hommes ces périodes étaient respectivement de sept, douze et quinze ans. Cependant, dans la mesure où leur vie est plus longue, les femmes passent plus de temps avec des incapacités.

L'état de santé des seniors est très lié aux affections déclarées dès 45 ans. Parmi ces affections, les pathologies ostéo-articulaires atteignent plus d'une personne sur quatre. L'hypertension artérielle concerne 11 % des hommes et des femmes. Les troubles du sommeil et les états dépressifs sont également fréquents[269]. Enfin, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées voient leur

[266] Pla A, Baumel C. Bilan démographique 2009. Insee première janvier 2010 ; n° 1276.
[267] Jougla E, Pavillon G, Le Toullec A *et al.* Disparités du niveau de la mortalité des personnes de plus de 64 ans dans les pays de l'Union européenne, année 2000. BEH 2006 ; 5-6 : 39-42.
[268] L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi de santé publique. Rapport Drees 2008.
[269] Plan National 'Bien Vieillir 2007-2009'. Ministère de la santé et des solidarités.

augmentation fortement corrélée à l'âge puisqu'à partir de 85 ans, une femme sur quatre et un homme sur cinq sont touchés.

En France, la tendance est plutôt à une diminution de la morbidité, mesurée par l'incapacité[270] : depuis vingt ans, on constate un recul des limitations fonctionnelles physiques (évaluées par les restrictions d'activité de la vie quotidienne), un recul des incapacités légères ainsi qu'une diminution de l'incapacité sévère, mesurée par l'alitement ou le confinement au domicile. *A contrario*, la prévalence des maladies chroniques a augmenté, mais elle est moins souvent associée à des incapacités. Il faut être cependant très vigilant car il est possible que l'évolution de certains facteurs de risque tels que l'obésité ou certaines pathologies chroniques n'aggravent les incapacités.

Propositions pour la future loi de santé publique

L'approche classique qui définit la personne âgée à partir d'une limite d'âge unique ne permet pas de représenter la variabilité extrême entre individus. La définition du vieillissement, considéré sous l'angle du parcours de vie, n'est pas encore très répandue. La représentation sociale du vieillissement comme longue pente douce vers l'incapacité mérite d'être nuancée, puisque les trajectoires des personnes sont influencées dès le plus jeune âge et qu'une action individuelle reste possible[271].

Les travaux de recherche sur le "bien vieillir", qui ont émergé pour la plupart dans les années quatre-vingt, ont permis de développer différents concepts tels que le vieillissement en bonne santé, le vieillissement habituel ou usuel, le vieillissement réussi[272]. L'OMS[273] utilise celui de "vieillissement actif" défini comme "le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie ». Le programme européen "Healthy Aging »[274] parle quant à lui de « vieillissement en santé". Il vise à établir des recommandations en matière de promotion de la santé et de prévention en direction des personnes âgées, pour leur permettre d'être actives socialement sans discrimination et de jouir de leur indépendance et d'une bonne qualité de vie.

C'est cette vision plus active du vieillissement que le HCSP propose d'envisager, dans le cadre de la future loi de santé publique, en s'appuyant sur différentes recommandations internationales ou nationales.

L'OMS a, en effet, publié en 2002 un cadre politique qui recommande une série de mesures parmi lesquelles l'activité physique est une priorité pour bien vieillir. En France, le premier programme « Bien vieillir », débuté en 2003, a été renouvelé en 2007-2009 et le Plan national nutrition santé (PNNS) constitue un axe d'orientation des actions en matière d'alimentation, de nutrition et d'activité physique de ce programme. Par ailleurs, le Programme national des activités physiques et sportives (PNAPS), recommande la généralisation de l'évaluation de la condition physique par des tests simples et préconise la mise en place d'actions spécifiques pour les personnes âgées. Ces actions viennent compléter des propositions d'actions plus générales sur l'évaluation de la condition physique en pré-retraite, la promotion de l'activité physique au sein des Ehpad, la formation des aidants et des professionnels de santé et la création de réseaux de santé régionaux "sport-santé-senior". L'Inserm[275] a également émis des recommandations spécifiques pour l'adulte au-delà de 65 ans en préconisant des renforcements musculaires et des exercices de souplesse.

---

[270] Polton D, Sermet C. Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? BEH 2006; 5-6: 49-52.

[271] Membrado M, Processus de vieillissement et "secondarité", La ville des vieux, Joël Yerpez (coord.), Editions de l'Aube, 1998, p. 95-106.

[272] Le "vieillissement habituel ou usuel" se caractérise par l'absence de maladie exprimée, mais inclut les troubles fonctionnels liés à l'avancée en âge, aux traumatismes physiques, aux facteurs de risque et au retentissement psychologique des pertes jalonnant le parcours de vie.
Le concept de "vieillissement réussi" apparaît en 1987, il concerne les individus qui gardent des fonctions physiologiques très satisfaisantes jusqu'à un âge avancé malgré l'existence de pathologies, ou bien les personnes qui disposent de fonctions physiologiques moins bonnes mais qui vont les améliorer au cours de l'avancée en âge, ou bien encore les personnes chez lesquelles on remarque une bonne adaptation à ce qu'elles peuvent faire physiologiquement.

[273] Organisation mondiale de la santé (OMS). Vieillir en restant actif : cadre d'orientation. Genève, OMS 2002, 60 pages.

[274] Healthy Aging, 2006; Health Evidence Network (HEN). What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?, WHO-Europe 2003, 17 p. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE).

[275] Activité physique – Contextes et effets sur la santé. Éditions Inserm, Collection Expertise collective, mars 2008, 832 pages.

Tenant compte de ces préconisations, de l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique d'août 2004 et de l'état des connaissances, le HCSP propose d'aborder le vieillissement sous ses différents aspects. Dans un premier temps, il propose des objectifs spécifiques ou non de la santé des personnes âgées pour la prochaine loi de santé publique. Dans un deuxième temps, il mettra en place un groupe d'experts qui fera des recommandations pour l'élaboration d'une politique globale destinée à mieux accompagner le vieillissement de la population dans toutes ses dimensions sociales.

Des objectifs dans la prochaine loi de santé publique

Les objectifs concernant spécifiquement les personnes âgées dans la loi de santé publique d'août 2004 étaient relativement peu nombreux : il s'agissait des chutes, de la dénutrition, des prescriptions médicamenteuses et de la maladie d'Alzheimer. Ces objectifs n'ont d'ailleurs pas pu être évalués soit par manque de données récentes soit par absence d'indicateur. Bien d'autres objectifs intéressaient les personnes âgées, tout comme d'ailleurs d'autres groupes de population : accidents vasculaires cérébraux, maladie de Parkinson, pathologies chroniques abordées sous l'angle des limitations fonctionnelles et de la qualité de vie, etc.
Pour la prochaine loi de santé publique, il est proposé de reconduire un grand nombre de ces objectifs qui sont traités par ailleurs, en ciblant, notamment, les personnes âgées.
Ces objectifs visent soit à réduire la morbidité associée au vieillissement et à en limiter le retentissement en termes d'incapacités et de qualité de vie, soit à améliorer la prévention des facteurs de risque de certaines pathologies invalidantes.

<u>Les objectifs qui concernent plus particulièrement les personnes âgées sont les suivants</u> :

- Dans le chapitre « Pathologies infectieuses » :
  - vaccination antigrippale ;
  - vaccination de l'adulte après 65 ans.

- Dans le chapitre « Pathologies chroniques » :
  - Maladies neurologiques
    - limiter la perte d'autonomie des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et le retentissement de cette maladie sur les proches des patients ;
    - réduire la mortalité et les séquelles lors d'un accident vasculaire cérébral ; améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladie de Parkinson.

  - Maladies cardiovasculaires
    - réduire la mortalité et l'incidence des cardiopathies ischémiques ;
    - diminuer les décompensations cardiaques aiguës.

  - Cancers

    Les personnes âgées sont concernées par l'ensemble du chapitre, mais un objectif général est destiné spécifiquement à ce groupe d'âge dans la mesure où il existe une surmortalité liée à l'âge élevé. Il semble en effet que les cancers soient diagnostiqués plus tard et pas toujours pris en charge de manière adaptée compte tenu des morbidités associées.
    - Réduire la surmortalité par cancer chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

- Dans le chapitre « Impact des pathologies chroniques sur la qualité de vie »

  - développer la mesure de la qualité de vie en population générale et dans des pathologies chroniques traceuses ;
  - améliorer la prise en charge de la douleur lors de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des personnes âgées ainsi que la douleur des personnes en fin de vie.

- Dans le chapitre « Pathologies traumatiques ou liées à la violence » :

  - réduire les accidents de la vie courante chez les personnes âgées ;

        - réduire chez les personnes de plus de 65 ans l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

- Dans le chapitre traitant des « déterminants », certains objectifs sont spécifiques des personnes âgées, il s'agit essentiellement des prescriptions de médicaments :

    - « Risques associés aux soins » :
        - réduire la proportion de malades âgés de 75 ans et plus faisant l'objet de prescriptions indiquées, mais inadaptées, ou non suivies pour trois classes de médicaments (antithrombotiques, psychotropes ou diurétiques).

    mais il est également question des personnes âgées dans le chapitre « Nutrition » :
        - réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries.

D'autres objectifs comme ceux qui portent sur la réduction de la surcharge pondérale, l'amélioration de l'alimentation, l'accroissement de l'activité physique concernent bien évidemment aussi les personnes âgées mais ils ne sont pas énoncés spécifiquement.

Un état des lieux et des propositions pour une politique d'accompagnement du vieillissement dans ses différentes composantes

La conception du vieillissement, la représentation sociale de la vieillesse ainsi que la place des personnes âgées dans notre société évoluent. La recherche sur le vieillissement doit s'enrichir de regards pluridisciplinaires (épidémiologie, sociologie, économie).

Si les données sur l'état de santé sont nombreuses et ont permis de faire plusieurs propositions d'objectifs concernant les personnes âgées et la prévention de certaines pathologies et des incapacités qu'elles occasionnent, il reste un important travail de recherche à mener pour mettre en perspective les différentes dimensions du vieillissement et analyser les réponses aux besoins en termes de prévention, de pratiques sociales, de prise en charge à domicile ou institutionnelle.

Enfin, certains aspects essentiels comme la maltraitance, l'accompagnement et les soins de la fin de vie et la mort n'ont pas été abordés dans ce chapitre.

Le Haut Conseil propose donc de conduire, en son sein, une réflexion approfondie pour apporter une vision multidimensionnelle des besoins en matière de vieillissement et de santé.

Inégalités sociales de santé

Un gradient dans l'ensemble de la société

Les inégalités sociales de santé se traduisent par une différence d'espérance de vie à 35 ans, de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale. Elles n'opposent donc pas des populations vulnérables, exclues ou précaires à une population dont l'état de santé s'améliorerait de façon homogène, mais traversent l'ensemble de la population. Elles sont observées selon divers indicateurs individuels, tels que la catégorie sociale, le revenu, le niveau d'étude, ou collectifs tels que le niveau de pauvreté des quartiers de résidence. Elles sont systématiques[276], socialement construites et donc injustes *et modifiables.*

Un niveau élevé qui s'accroît

Les inégalités sociales de mortalité concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé. Elles sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes, et elles ont eu tendance à s'accroître ces dernières années. Il s'y ajoute des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. Il existe donc une « double injustice », portant sur la durée de vie mais aussi sur les conditions de celle-ci[277].

Des politiques de santé incomplètes

La France s'est dotée d'un système de santé performant, auquel un système d'assurance maladie très complet permet l'accès universel. L'objectif d'améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble et de chacun, quelle que soit son origine ou son appartenance sociale, est largement partagé et inscrit dans les textes fondateurs de notre République. La première dimension de cet objectif a été atteinte : l'espérance de vie s'est constamment améliorée. L'autre en revanche ne l'a pas été, puisque les progrès n'ont pas profité de la même manière à tous et que les inégalités sociales de santé ont eu tendance à se creuser.

Des déterminants multiples, qui s'accumulent et qui s'enchaînent

La question des déterminants de santé a été longtemps uniquement orientée en France sur les soins individuels, dans le cadre de la relation entre le malade et le médecin. Le débat français a donc essentiellement porté sur l'accès aux soins, garanti par les systèmes de protection sociale et d'assurance maladie.
De nombreuses études ont mis en évidence d'autres déterminants, extérieurs au système de soins et de santé, définissant une approche intersectorielle de la santé, au-delà des seules conséquences du système de soins :

> *Des déterminants socio-économiques* : les causes impliquées dans la production des inégalités sociales de santé touchent de nombreux domaines : l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les relations sociales, les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes.
>
> *Des comportements socialement déterminés, pas seulement « individuels » :* il est essentiel de distinguer les causes proximales —les comportements des individus— des causes fondamentales —le contexte favorisant ou non, dans lequel ces comportements s'insèrent.
>
> *Le système de soins :* les régimes assurantiels universels ne suffisent pas à garantir l'égalité des soins ; la couverture complémentaire est un élément déterminant de l'accès aux soins, mais la part laissée à la charge du patient ou à sa complémentaire au cours des vingt dernières années a eu tendance à s'accroître et représente actuellement environ 25 % des

[276] Les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population.
[277] Cambois E, Laborde C, Robine JM. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacités au sein d'une vie plus courte. Populations et sociétés 2008, 441.

dépenses de santé. Il existe aussi des inégalités d'accès aux soins plus spécialisés et de recours aux soins préventifs, même en l'absence de barrière de coût[278]. Outre les obstacles financiers, deux éléments influent également sur l'accès aux soins : l'organisation des systèmes de santé et, au niveau individuel, un ensemble de normes, de représentations et de processus relationnels[279].

Des inégalités contextuelles et territoriales

Une variabilité importante de la répartition des catégories sociales au sein d'un territoire est constatée au niveau régional, départemental et, dans une certaine mesure, communal. L'implantation différentielle des populations selon leur catégorie sociale résulte de processus complexes qui ont contribué à la partition des territoires. La caractérisation et la typologie des quartiers selon leur organisation et leur aménagement deviennent ainsi un enjeu primordial pour identifier (surveillance) et comprendre (recherche) les inégalités sociales de santé au niveau des territoires et leurs déterminants.

Les limites du système d'information statistique français

Les données sur la mortalité prématurée et l'espérance de vie sont disponibles, mais pas par profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) (à l'exception de l'indicateur de « déficiences »). Le codage de la PCS sur les certificats de décès n'est utilisable que pour les sujets de 25 à 60 ans. Les données de l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee ne sont plus disponibles depuis 2006 pour des raisons juridiques relatives à l'accès à des données individuelles. Les informations sur les inégalités sociales de santé en matière de morbidité sont assez limitées. Peu de données sur les inégalités sociales de santé sont issues du champ santé-travail. Enfin, dans les statistiques de routine (assurance maladie, PMSI, Sniir-AM), les données sociales ne figurent pas.

Des interventions pour réduire les inégalités sociales de santé

Réduire les inégalités sociales de santé, comme l'ont décidé certains pays, est un choix politique impliquant une action durable et constante dont l'ensemble des rapports des expériences étrangères souligne l'ampleur. Les interventions politiques à articuler font coexister mesures de court terme, à effet rapide, évaluables sur quelques années et mesures de long terme, de l'ordre d'une ou plusieurs décennies.

Le retard français en matière de réduction des inégalités sociales de santé

L'expérience française est marquée par l'absence de politique explicite dans ce domaine, bien que plusieurs dispositifs (assurance maladie, médecine du travail, politiques de l'enfance…) aient probablement eu pour conséquence de limiter certaines inégalités. Les initiatives se sont focalisées sur les populations exclues et vulnérables, le plus souvent sur l'accès aux soins, et souffrent d'un manque d'évaluation de leur efficacité.

Un bilan des initiatives et des expériences étrangères particulièrement intéressant

Le **rapport de la Commission** sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, Genève, 2008)[280] suggère, pour réduire les inégalités sociales de santé, d'améliorer les conditions de la vie quotidienne, de redistribuer le pouvoir et les revenus, de mesurer et évaluer les inégalités, de développer la recherche, de former les professionnels et d'informer l'opinion publique.

Le programme de santé publique de l'Union Européenne (2008-2013)[281] met l'accent sur les inégalités de santé et souligne l'importance des déterminants liés au mode de vie ainsi que des déterminants sociaux et environnementaux.

[278] Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Etudes et résultats 2010, 715.
[279] Ruffin D, Ville I. Les expériences de santé comme vecteur de l'identité. *Economie et Statistique* 2006; 393: 61-79.
[280] www.who.int/social_determinants/fr/index.html
[281] http://www.healthinequalities.org/

Plusieurs pays européens ont initié des politiques, au niveau régional et local (Royaume-Uni, Danemark, Suède, Pays-Bas, Italie, Espagne). Leur expérience a montré que ces inégalités ne constituaient pas une fatalité et qu'il était possible de les réduire[282].

Propositions du HCSP pour la prochaine loi de santé publique :

Fort de ces constats, le HCSP fait des propositions qui visent à :

- élargir la problématique des inégalités sociales de santé au gradient qui traverse la société dans son ensemble, sans pour autant occulter l'importance des efforts spécifiques en direction des populations en situation de précarité, exclues ou marginalisées ;
- souligner le rôle majeur des déterminants socio-économiques sur la santé, tout en rappelant les enjeux liés à l'impact des évolutions du système de soins sur les inégalités sociales de santé.

Certaines de ces propositions sont formulées en termes d'objectifs de santé publique à insérer explicitement dans la prochaine loi de santé publique. D'autres, sous forme de propositions spécifiques ou générales, permettront d'engager un processus de réforme des politiques publiques afin de prendre pleinement en compte la réduction des inégalités sociales de santé dans notre pays.

Propositions d'objectifs

Deux objectifs sont proposés, ils reprennent les propositions 1 à 3 du rapport du HCSP sur les inégalités de santé[283].

Objectif général 1 - Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

Cet objectif très général reflète l'ampleur et le caractère très répandu des inégalités de santé. De nature transversale, il sera décliné selon deux objectifs spécifiques, également transversaux à l'ensemble des problèmes de santé.

Plusieurs indicateurs spécifiques permettront de suivre sur le long terme les effets des politiques de santé publique sur cet objectif général et ses objectifs spécifiques et d'effectuer des comparaisons internationales. Ils seront déclinés par zones géographiques, avec une vigilance particulière pour les départements et collectivités d'outre-mer.

Cependant, ces indicateurs ne reflèteront que sur le moyen et le long termes les évolutions des inégalités sociales de santé. Ils ne se conçoivent que comme complémentaires des indicateurs plus fins et plus sensibles au changement que sont les autres indicateurs de la loi de santé publique, basés sur des analyses de procédures (pratiques de dépistage par exemple), de facteurs de risque ou d'indicateurs intermédiaires (hypertension artérielle, obésité…) ou encore de domaines pathologiques susceptibles d'évoluer rapidement après une modification réglementaire ou législative (accidents de la circulation, par exemple).

Précisons que ces indicateurs ne sont actuellement pas tous disponibles et supposent une évolution du dispositif statistique français, en particulier d'améliorer le recueil des catégories socio-économiques sur les certificats de décès et l'accès à l'Echantillon démographique permanent de l'Insee.

Objectifs spécifiques

OS 1-1 : réduire le gradient social et territorial des états de santé en agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé

[282] Ces éléments sont exposés dans le détail dans le rapport du HCSP dédié aux inégalités sociales de santé « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », décembre 2009, 99 pages.
[283] Cf supra.

Proposition d'indicateurs de suivi :
- Espérance de vie par catégorie socio-économique
- Mortalité prématurée, avant 65 ans, par catégorie socio-économique
- Espérance de vie avec et sans incapacité, par catégorie socio-économique

OS1-2 : réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins

Proposition d'indicateur de suivi :
- Renoncements aux soins pour raison financière, par catégorie socio-économique

Objectif général 2 - Intégrer les inégalités sociales de santé dans le suivi des objectifs et indicateurs définis par « thématiques de santé », inscrits dans la loi de santé publique

Les indicateurs synthétiques d'inégalités de santé sont intégratifs et englobent les effets conjugués de politiques multiples.

Dans un objectif de décision, il sera indispensable de suivre les différents objectifs ciblés de la loi par catégories socio-économiques, lorsque cela est pertinent. En effet, suivre l'évolution des dispersions, en se basant sur les écarts-types des variables quantitatives, ne suffit pas.

Déclinaison des objectifs de réduction des inégalités de santé dans les politiques publiques

Les paragraphes ci-dessous reprennent de façon synthétique les propositions 4 à 16 détaillées dans le rapport du HCSP[284].

Se donner les moyens de mesurer les évolutions

Produire et analyser de façon régulière des données sur les inégalités sociales de santé en France : passer de la recherche et des études à la production régulière de données statistiques *(Proposition 4)*

Un tableau assez complet des inégalités sociales de santé en France a été dressé ces dernières années, notamment depuis le rapport du Haut Comité de la santé publique en 1994. Mais ceci relève d'études, de travaux de recherche ou d'ouvrages qui n'ont pas de caractère régulier ni systématique. Il est à présent indispensable de produire des informations sur l'état des inégalités sociales de santé de façon systématique.

Une première étape est l'insertion dans la loi de santé publique des deux objectifs généraux énoncés précédemment et des objectifs spécifiques attachés.

En second lieu, un bilan régulier à caractère quasi exhaustif devrait être réalisé, en incluant également des données sociales et économiques sur les déterminants de santé qui permettent d'expliquer les évolutions de santé constatées (emploi, travail, éducation, habitat…). Il est toutefois important de rappeler que le caractère peu sensible des grands indicateurs de santé pour suivre les politiques de santé publique justifie de suivre des indicateurs intermédiaires.

Il est donc proposé de **publier, de façon régulière, au minimum tous les cinq ans, un rapport de synthèse des données disponibles sur les inégalités sociales de santé.**

Cette exigence suppose de mettre en œuvre et d'adapter les sources de données qui pourraient donner lieu à une exploitation et à une publication régulière. Les modifications à apporter aux

[284] Cf note 7.

systèmes d'information à cet effet sont exposées dans le chapitre du rapport dédié aux systèmes d'information[285].

Il s'agit en résumé de :

- modifier les certificats de décès du CepiDc de l'Inserm, en réintroduisant notamment les données sur la PCS quel que soit l'âge au décès ;

- pouvoir utiliser de nouveau l'Echantillon démographique permanent de l'Insee, dont les données ne sont plus disponibles pour des raisons juridiques d'accès aux données personnelles ;

- enrichir le contenu des sources de données sur les inégalités sociales de santé :

- en développant les appariements de bases de données dans le système de santé et d'assurance maladie ;
- en développant le géocodage des grandes bases de données administratives qui est un autre moyen de relier état de santé et environnement socio-économique ;
- en introduisant des données de santé dans les enquêtes économiques et sociales, comme par exemple certaines enquêtes de l'Insee ;
- en proposant un module « social » à insérer systématiquement dans les enquêtes, prenant modèle sur le dispositif mis en place à l'ANRS[286].

Développer et assurer la cohérence des productions de données locales, territoriales, régionales et nationales *(proposition 5)*

Disparités territoriales et sociales sont étroitement liées. Les disparités entre zones géographiques se jouent à des niveaux souvent fins, tels que le quartier, rendant de peu d'intérêt les analyses à des niveaux agrégés plus étendus. Développer les productions de données locales et territoriales est aussi un enjeu essentiel dans la mesure où une grande partie des interventions sur l'environnement de vie ou la santé se développent à ces niveaux.

- ***Favoriser la production de données à un niveau géographique fin***

Les demandes de statistiques de santé à un niveau fin portant sur des territoires limités posent des problèmes de confidentialité et des problèmes méthodologiques d'analyse liés aux faibles effectifs. Une concertation préalable pourrait être engagée avec les acteurs concernés, pour préciser les besoins, les attentes vis-à-vis des producteurs de données et résoudre les problèmes de confidentialité. Un appel d'offres méthodologique sur la production de données à un niveau géographique fin (par exemple l'Iris) devrait être lancé.

- ***Développer un indicateur de déprivation pour suivre le lien entre développement territorial et santé***

L'ancrage des inégalités sociales de santé dans les territoires renouvelle l'intérêt des approches de type "écologique". La caractérisation des territoires par des indices construits à partir de données socio-économiques issues des recensements de population aurait en effet un triple intérêt. Ce serait un substitut à des données individuelles lorsqu'elles font défaut. Les nouvelles méthodes d'analyse statistique pourraient faire la part de ce qui revient aux caractéristiques des individus et à celles des territoires. Enfin, une telle cartographie permettrait de guider et de cibler des interventions au niveau territorial.

Les analyses gagneraient à être menées à des niveaux géographiques fins tels que les IRIS. Couplé à des données de santé, l'indicateur de déprivation, utilisable en routine, pourrait permettre de surveiller les disparités interzonales et fonctionner comme un outil d'alerte.

Cet indicateur devra relever deux défis :

[285] Cf note 7.

[286] Ce module court, posé par un enquêteur « généraliste » en quelques minutes, comporte des questions sur l'origine géographique, la nationalité, le niveau d'étude, le statut face à l'emploi, la couverture maladie, le support social, le logement, les comportements (alcool, tabac) le poids et la taille.

- avoir une signification générale pour différentes régions, pour des zones urbaines comme rurales ;
- s'intégrer dans une problématique d'intervention alors qu'il s'agit d'un score composite qui pondère des indicateurs relevant d'intervention à différents niveaux : chômage, système de soins, prévention, éducation nationale....

- ***Prévoir et faciliter des extensions régionales des grandes enquêtes nationales***

Ces extensions, sur le modèle de ce qui a été pratiqué pour l'Enquête décennale santé, pourraient éclairer la question des inégalités sociales de santé de façon spécifique aux régions. Ces enquêtes pourraient en particulier aider à comprendre la surmortalité infantile, périnatale et la plus faible espérance de vie dans les collectivités d'outre-mer[287].

- ***Assurer une coordination des mesures de données régionales pour assurer la cohérence nationale et les comparaisons dans le temps et dans l'espace***

Les propositions précédentes visent à encourager la production de données qui ont un sens pour les acteurs territoriaux, au plus près des collectivités. Dans le même temps, il est nécessaire de maintenir une cohérence du système national afin de permettre des comparaisons dans le temps et entre territoires. Il est donc indispensable de coordonner les dispositifs statistiques territoriaux de telle sorte qu'existe un dénominateur commun pour analyser des tendances nationales et étudier les disparités entre territoires.

Développer des indicateurs de mesure de l'accès primaire et secondaire aux soins *(proposition 6)*

Le débat sur l'accès aux soins nécessite de différencier ce qui relève de l'« accès primaire », c'est-à-dire le premier contact avec le système de soins et ce qui relève de l'« accès secondaire », à savoir la manière dont se déroulent les soins après un premier contact.
Il existe des inégalités notables d'accès primaire aux soins. Si elles sont, notamment, le fait des inégalités de protection sociale, comme tend à le prouver le rattrapage de consommation des soins de spécialistes et de médicaments chez les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle, elles concernent l'ensemble de la population, même si elles sont plus ou moins marquées selon les postes de dépense.
La part des difficultés d'accès secondaire, qui concernent aussi bien l'utilisation que la délivrance des soins, est moins documentée, mais semble bien réelle. Des exemples en ont été montrés pour les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète. Le gradient des soins de prévention, de dépistage dans la population des médecins généralistes ressort également de cette question de l'accès secondaire aux soins.

- Accès primaire aux soins : niveau des renoncements aux soins et actes pour lesquels ils se produisent ; délai d'accès à certains actes techniques tels que la mammographie ou le scanner ; il s'agit de disposer d'informations accessibles à des politiques régionales ou territoriales.
- Accès secondaire aux soins :
  - *en établissements de santé :* recherche d'indicateurs témoignant de la prise en charge équitable des patients qui s'adressent aux institutions ; possibilités de suivi des réadmissions évitables par catégorie sociale ou par zone géographique, si les bases de données administratives étaient géocodées,
  - *en médecine ambulatoire :* l'accroissement de réalisation des actes de prévention inégalitairement répartis socialement (par exemple le frottis cervical) constituerait un indicateur facile à suivre.

[287] V Halley des Fontaines. Overseas citizen in Assessing Health Care. Responding to diversity. Healy J, McKee M (eds) Oxford University Press, 2004. 145-157.

Mettre en place des interventions et des politiques publiques

Développer et évaluer l'impact *a priori* des politiques intersectorielles sur la santé et les inégalités sociales de santé au niveau national et au niveau territorial *(proposition 7)*

L'échec partiel des politiques de santé, marqué par la persistance des inégalités sociales de santé, montre que certaines conséquences des politiques publiques ont pu contribuer à l'aggravation des inégalités sociales de santé. Il importe, pour l'avenir, d'anticiper les effets des décisions politiques sur la santé et sur les inégalités sociales de santé.

C'est un premier pas vers le développement de politiques intersectorielles. Cette démarche, connue dans le domaine de l'environnement, a été développée dans de nombreux pays[288] dans le domaine de la santé. Au Québec, l'article 54 de la loi sur la santé publique de 2001 donne au ministre de la santé un rôle de conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Ainsi, pour toute décision prise par un ministère, son impact sur la santé doit avoir été examiné.

Au niveau national
Avant la mise en place d'un système de dépistage ou d'une campagne de prévention, l'évaluation *a priori* de l'impact sur les différentes catégories de la population devrait permettre d'éviter l'effet aggravant de la prévention, plus efficace dans les catégories les plus favorisées de la population et amener à réfléchir à réduire cet effet.
En ce qui concerne les lois, les dispositifs réglementaires dans le domaine de la santé, une telle évaluation d'impact *a priori* pourrait permettre d'anticiper les effets de seuil[289]. L'augmentation du forfait hospitalier, les remboursements de certaines spécialités pharmaceutiques devraient également faire l'objet d'une réflexion de ce type.

Depuis la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008, l'article 24 érige l'évaluation des politiques publiques en principe constitutionnel. Le Parlement l'exerce dans le cadre de sa mission de contrôle de l'action du gouvernement. Les modalités d'application de ce principe ont été définies dans la loi organique du 15 avril 2009 qui précise (art.8) que tout projet de loi fait l'objet d'une étude d'impact (évaluation *a priori*) qui « expose avec précision » un certain nombre de conséquences prévisibles de celui-ci ; par exemple « l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales ».
Ce cadre législatif impose que tout projet de loi soit évalué du point de vue de son retentissement social au sens large, incluant par conséquent la santé. Sans doute faudrait-il sur la base de la loi organique, faire une déclinaison précise des éléments qui doivent figurer dans l'évaluation *a priori* de tout projet impactant la santé dans la future loi de santé publique.
L'obligation de nature législative est un préalable mais ne suffit pas à diffuser cette culture de l'évaluation. Il conviendra suite aux travaux entamés par le Secrétariat général du gouvernement et par la DGS, d'assurer une diffusion des bonnes pratiques en la matière.

Au niveau local
L'aménagement du territoire, le développement des transports, les plans d'urbanisme ont des conséquences sur la santé et les inégalités sociales de santé et devraient faire l'objet d'évaluations d'impact de ce type. Les plans d'urbanisme[290] sont ainsi concernés. Certains d'entre eux nécessitent des études d'impact sans qu'il soit précisé le type d'étude, ni le « type d'impact ».
Il conviendrait donc de préciser que les études d'impact sur la santé doivent être explicitement notifiées.

[288] Mahoney M, Simpson S, Harris E, Aldrich R, Williams JS. Equity-focused Health Imact Assessment Framework. (2004). The Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA).
[289] par exemple la mise en place de la CMU aurait pu bénéficier de cette réflexion *a priori.*
[290] SRIT= Schéma régional des infrastructures de transports, PDU= Plan de déplacements urbain, SCOT= Schéma de cohérence territoriale, PLU= Plan local d'urbanisme.

Articuler les politiques de long, moyen terme et de « rattrapage » - Articuler et coordonner politiques nationales et locales *(proposition 8)*

Les causes des inégalités sociales de santé et les politiques visant à les réduire oscillent souvent entre deux approches extrêmes. D'un côté, les inégalités sociales de santé renvoient à des inégalités sociales, économiques, d'études, de revenus, de pouvoir. À ce titre, les politiques susceptibles de les réduire sortent du domaine d'intervention pragmatique des politiques de santé publique, conduisant à un certain fatalisme vis-à-vis de cette question.

À l'autre extrême, les situations dramatiques dans certains groupes de population conduisent à mettre en place des interventions de « rattrapage », visant à restaurer l'accès aux droits et l'accès aux soins de catégories de la population exclues. Le SAMU social, le développement de maisons d'accueil ne sont que des mesures d'urgence en bout de chaîne.

Théoriquement[291], trois approches permettent de réduire les inégalités sociales de santé :

- cibler principalement les personnes dans la pauvreté ;
- réduire la distance entre les moins bien lotis dans la société et les plus favorisés, autrement dit, réduire les disparités entre les extrêmes de l'échelle sociale ;
- réduire les inégalités dans l'ensemble de la population. Cette approche qui s'appuie sur le fait que la morbidité et la mortalité prématurée ont tendance à augmenter avec la diminution du statut social et ne résultent pas uniquement d'une opposition entre "des riches et des pauvres". Elle vise donc l'ensemble de la population.

De façon assez comparable, la visibilité de certaines inégalités sociales est plus nette au niveau local, conduisant à développer des interventions limitées, sans lien avec les politiques nationales dont dépendent *in fine* les situations visibles au niveau local.

De nombreux travaux de recherche soulignent le processus de construction des inégalités sociales de santé tout au long de la vie[292]. Certains pays étrangers, notamment en Grande-Bretagne, ont défini de véritables plans stratégiques pour atteindre certains objectifs, en articulant dans le temps différentes interventions. L'approche souhaitable pour de tels plans intersectoriels en France est clairement de nature interministérielle.

- **Elaborer une politique de réduction des inégalités sociales de santé visant la santé des enfants**

L'obésité de l'enfant est très socialement marquée, avec une prévalence plus élevée chez les enfants des catégories sociales défavorisées. De graves disparités de santé découleront dans quelques décennies de ces inégalités d'aujourd'hui.
Développer un programme de réduction des inégalités sociales dans ce domaine est une intervention qui portera ses fruits dans quelques dizaines d'années. En son absence, ce sont les inégalités de complications du diabète qui témoigneront ultérieurement de cette absence de politique.
Bien que visant un effet à long terme, les retombées de cette intervention pourraient être évaluées dans l'immédiat, sur la base d'un critère intermédiaire simple, la mesure de l'obésité de l'enfant.
Les bénéfices de tels programmes portent sur la santé, mais aussi sur la réussite scolaire et universitaire pour laquelle la santé est un facteur contributif.

Le HCSP propose de :

- maintenir au sein des établissements et durant le cursus éducatif, les procédures actuelles de surveillance de la santé des jeunes, de développer l'accompagnement et l'orientation des situations difficiles ainsi que les actions de prévention ;
- mettre en place des politiques publiques qui visent à réduire les inégalités sociales des déterminants de la santé et leurs conséquences, particulièrement auprès des enfants et des jeunes : accès à l'éducation et à l'école, travail, emploi, transport, habitat, environnement, pauvreté, citoyenneté[293,294].

[291] Whitehead M, G Dahlgren. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up. Parts 1 and 2. OMS, 2006.
[292] Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique 2009; 57(6): 429-35.
[293] Principes du réseau Ecoles pour la santé, porté depuis 1991 par l'OMS, le Conseil de l'Europe et l'Union européenne, compte

Former les professionnels de santé et les usagers aux déterminants sociaux de la santé *(proposition 9)*

Or, les programmes de formation des professionnels de la santé reflètent une vision essentiellement biologique des déterminants de santé, axée sur les soins curatifs, au détriment d'approches socio-économiques, culturelles et macro-sociales. Certes des modules de sciences humaines et sociales ont été introduits dans les premières années de médecine, mais cet apport reste marginal par rapport à l'approche médicale.

Dans la même démarche, les recommandations de bonne pratique clinique doivent insérer la question « sociale » dans leur considération et leur réflexion. Cette précaution permettrait d'éviter le renforcement d'inégalités dites par construction, aggravées par les pratiques médicales aveugles aux déterminants psycho-sociaux et économiques[295].

La formation initiale a enfin pour but d'éviter aux professionnels des « anticipations négatives » vis-à-vis de certains groupes de patients, conduisant parfois à des soins de moindre qualité.

Développer la responsabilité des institutions du système de soins et des soignants vis-à-vis de la population *(proposition 10)*

Le rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux souligne la nécessité pour les systèmes de santé d'être proactifs. Le système français répond encore très largement à une logique d'offre[296], et est marqué par l'absence de responsabilité des institutions et des soignants vis-à-vis de la population, au profit d'un intérêt restreint à une clientèle.

La création des Agences régionales de santé (ARS) et le dispositif récent du médecin traitant sont deux opportunités pour inscrire la réduction des inégalités sociales de santé parmi les objectifs de la politique de santé publique. D'ailleurs, dans son titre II, la loi HPST renforce et clarifie le rôle du médecin généraliste, *« acteur pivot en termes de soins de premier recours »*.

Par ailleurs, le système de santé, de protection sociale, l'assurance maladie, les dispositifs destinés aux populations précaires, exclues, aux étrangers évoluent rapidement. Peu de travaux portent sur le reste à charge, le coût des soins pour les patients, aspects qui impactent ces inégalités sociales de santé.
L'augmentation du forfait hospitalier, le secteur dit « optionnel » pour les dépassements d'honoraires, pris en charge seulement en partie et de façon mal connue par les mutuelles complémentaires, sont un exemple de ces évolutions qui risquent d'avoir des conséquences déterminantes sur l'accès aux soins, les retards dans les traitements et les trajectoires suivies par les patients. Il en est de même des déremboursements de médicaments, des ventes directes de certains médicaments en pharmacie. Ainsi, lorsque des dispositifs sont mis en œuvre, des travaux permettant d'analyser leur efficacité, y compris les éventuels effets "seuil" liés aux revenus, sont indispensables.

- Au niveau régional, inscrire la réduction des inégalités sociales de santé dans les missions des directeurs d'ARS[297]

- Inscrire les interventions et la mise en place d'indicateurs de suivi de l'accès primaire et secondaire aux soins parmi les éléments de certification des établissements de santé

---

43 pays membres et s'appuie sur les conventions (Nations Unies et Europe) des Droits de l'Enfant.
[294] Déclaration de Vilnius (15-17 juin 2009) « Améliorer l'école par la santé » à l'occasion de la 3ème rencontre des Ecoles en santé (Health Promoting Schools) dont on retiendra les objectifs suivants :
- Pallier les inégalités en santé de manière durable par une offre éducative tout au long de la vie ;
- Privilégier une approche multisectorielle (politiques de la jeunesse, politique sociale, environnementale, développement durable).
[295] Lombrail P. Accès secondaire aux soins et inégalités sociales de santé. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2007 Feb;55:23-30.
[296] Closing the gap in one generation. Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2008. page 54-5.
[297] INPES. Sous la direction de B. Basset. Agences régionales de santé. Les inégalités de santé.2009, 203 pages.

- Inscrire l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans le processus de contractualisation d'amélioration des pratiques avec les médecins généralistes
- Suivre les évolutions du financement de l'accès aux soins et ses conséquences.

Accroître certains efforts en recherche

Favoriser une recherche interdisciplinaire sur les causes et les mécanismes des inégalités sociales de santé et une approche par les déterminants sociaux de la santé plus que par maladies *(proposition 11)*

Les inégalités sociales de santé et le gradient continu qu'elles dessinent dans la société, leurs origines dans les toute premières années de la vie et le processus continu qui les façonne tout au long de la vie de l'individu, les différents niveaux individuels, micro et macrosocial qui les déterminent, appellent une approche interdisciplinaire. En particulier une implication forte des sciences humaines et sociales. Le développement des connaissances dans le domaine de l'épigénétique, les pistes biologiques reliant environnement social et mécanismes biologiques, justifient aussi de décloisonner les disciplines.
Or, l'organisation de la recherche en santé en France repose sur une organisation par pathologies.
Cette approche par pathologies est probablement en partie responsable du fait que les causes et les mécanismes des inégalités sociales de santé font particulièrement défaut pour certaines catégories de population, extérieures à « l'homme d'âge moyen », pour lesquelles les inégalités sociales de santé sont mal connues, notamment les jeunes, les personnes âgées et les femmes.

Etudier le rôle des différentes discriminations dans le domaine de la santé *(proposition 12)*

La discrimination est le fait de traiter différemment des personnes placées dans des situations comparables, en se fondant sur un ou des critères prohibés par la loi ou les engagements internationaux[298]. Ainsi, un état de santé, par exemple un handicap, peut être source de discrimination. A l'inverse, des discriminations peuvent s'exercer en matière d'accès aux soins.

L'état de santé facteur de discrimination
Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 11 février 2005 concernant l'intégration des enfants handicapés en milieu scolaire, la Halde suggère qu'un « référent pour la scolarisation des élèves handicapés » soit « nommé au sein des maisons départementales des personnes handicapées afin de veiller à assurer le lien entre les parents d'élèves .... » et «... de fournir une information systématique à l'ensemble des parents sur le droit à la scolarisation des élèves handicapés ». Elle rappelle aux maires « leurs obligations légales en matière d'accessibilité » et insiste sur la nécessité de « faire évoluer les dispositions législatives et réglementaires en vigueur afin de permettre aux auxiliaires de vie scolaire et emplois assimilés de sortir de la précarité et de faire durablement carrière dans l'accompagnement scolaire ».

- **Le HCSP propose d'appuyer l'exploitation des informations provenant des organisations en contact direct avec les usagers, de maintenir l'indépendance de la Halde et de mieux faire connaître les recommandations** qu'elle formule pour lutter contre les discriminations liées à la santé.

Les discriminations dans l'accès aux soins
Ces discriminations ont été peu étudiées. Elles pourraient être basées sur la couleur de peau, le patronyme, la religion, le lieu de résidence ou encore la couverture sociale (CMU).

- **Le HCSP recommande de mieux connaître et évaluer les facteurs de discrimination dans l'accès aux soins et de faire respecter l'accès effectif aux soins pour tous.**

[298] Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde). Autorité indépendante créée en 2004.

Développer les méthodes d'évaluation des interventions dans le domaine des inégalités sociales de santé *(proposition 13)*

Beaucoup d'expérimentations innovantes sont conduites dans notre pays mais peu valorisées et évaluées.

Les méthodes d'évaluation classiques en épidémiologie, si elles sont souhaitables pour certains travaux, sont loin de répondre aux contraintes que pose l'évaluation de la mise en œuvre pour plusieurs raisons[299]. Le cadre de l'évaluation « réaliste » est un cadre conceptuel intéressant, qui appelle des efforts de recherche pour être opérationnel[300]. Développer les modélisations, comme cela est le cas pour les maladies transmissibles, est une piste peu développée en France.

L'interdisciplinarité réapparaît dans l'évaluation et la capacité à utiliser conjointement des données qualitatives et quantitatives. Le long terme suppose également de décloisonner les travaux d'inspiration épidémiologique et les travaux d'analyse des politiques publiques.

Le HCSP recommande de favoriser la recherche, notamment interdisciplinaire, sur les méthodes d'évaluation des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé et le développement des évaluations d'impact *a priori*.

Concrétiser la volonté de réduire les inégalités sociales de santé

Insérer la France dans les travaux internationaux sur les inégalités sociales de santé *(proposition 14)*

La France a jusqu'à présent été discrète sur la scène internationale concernant les inégalités sociales de santé. En recherche, quelques rares équipes ont une présence sur la scène internationale par leurs publications et leurs collaborations.
Cette situation semble relever d'au moins trois phénomènes cumulatifs : les inégalités sociales de santé ne relèvent pas d'un niveau suffisamment élevé de priorité dans les administrations en charge de la santé pour entraîner une mobilisation d'ampleur ; les échanges entre chercheurs et décideurs de santé publique sont limités ; enfin, les lieux et les mécanismes d'échange d'information font défaut, alors que de tels lieux de rencontre ont été créés dans le domaine de la sécurité sanitaire, par exemple.

L'Union européenne précise que la réduction des inégalités de santé constitue un des grands enjeux de santé publique définie dans sa stratégie en faveur du développement durable. Elle a annoncé des mesures destinées à aider les Etats membres à lutter contre les inégalités en matière de santé entre eux et à l'intérieur de ceux-ci.
Il est essentiel que la France participe à ces travaux et que les acquis, les expériences soient coordonnés en associant chercheurs et personnels des administrations de la santé.

Mettre en place un centre d'expertise et de coordination des initiatives visant à améliorer la réduction des inégalités sociales de santé en France *(proposition 15)*

A plusieurs reprises ont été soulignés des besoins de coordination, entre les niveaux local et national, entre chercheurs et décideurs de santé publique ainsi que la nécessité de développer et de susciter des appels d'offres en recherche, de développer l'expertise en évaluation, d'assurer la présence de la France au niveau international, de suivre, de monitorer les progrès des politiques publiques en matière d'inégalités sociales et d'assurer la cohérence entre les données statistiques qui ont un sens à l'échelon territorial tout en veillant à une comparabilité nationale, internationale et dans le temps, pour suivre les évolutions.

[299] Bonell CP *et al*. Alternatives to randomisation in the evaluation of public-health interventions: design challenges and solutions. Journal of Epidemiology and Community Health. Publié on line le 12 février 2009.
[300] Pawson R *et al*. Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. Journal of Health Services and Research. Policy. 2005; 10: 21-34.

Tout ce travail de coordination, de suivi et d'expertises consacrées aux inégalités sociales de santé ne peut se concevoir sans qu'un lieu et une instance ne prennent en charge ces différentes tâches dans la durée.

Une demande d'aide méthodologique, portant aussi bien sur le recueil d'indicateurs que sur la mise en place d'interventions, a été exprimée par un certain nombre d'élus. Cette aide méthodologique et de formation est une fonction attendue d'un tel centre.

Introduire la réduction des inégalités sociales de santé au cœur du développement durable[301] des territoires *(proposition 16)*

Les options du développement durable reconnaissent que la croissance économique est une ressource pour le développement humain, particulièrement pour les plus désavantagés. Des stratégies de croissance sont inefficaces si elles augmentent la pauvreté et les différences de revenus et d'accès aux soins et à la santé.

En effet, la santé est un est des éléments du développement humain et un des besoins auxquels il s'agit de répondre dans la logique du développement durable, qui fait intervenir la participation et la mobilisation active des citoyens, considérée comme essentielle. En outre, bien qu'au niveau européen, la santé fasse partie des indicateurs de développement durable, en France elle n'est pas prise en compte dans les initiatives existantes.

Le HCSP recommande donc d'inclure la santé :

- dans le diagnostic territorial partagé fait pour le programme Agenda 21[302], les Ateliers santé ville, les villes santé OMS ;
- dans les projets territoriaux de développement durable.

[301] Selon la définition proposée en 1987 par la Commission mondiale sur l'environnement et le développement dans le Rapport Brundtland, le développement durable est : *« un développement qui répond aux besoins des générations du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. Deux concepts sont inhérents à cette notion : le concept de « besoins », et plus particulièrement des besoins essentiels des plus démunis à qui il convient d'accorder la plus grande priorité, et l'idée des limitations que l'état de nos techniques et de notre organisation sociale impose sur la capacité de l'environnement à répondre aux besoins actuels et à venir. »*

[302] L'Agenda 21 est une des possibilités concrètes de développer l'intersectorialité d'une part et la participation de la population d'autre part. La France, comme les autres pays, s'est engagée à stimuler ces initiatives, qui sont encouragées, à différents niveaux (commune, intercommunalité, voire région). Il s'agit de dessiner des actions, construites avec les habitants et la société civile sur un territoire donné dans une optique de développement durable. Ces agendas concernent l'environnement, le travail, le champ social, mais pas forcément la santé.

Conclusion

L'accumulation des connaissances sur les inégalités sociales de santé est aujourd'hui telle qu'il n'est plus possible d'ignorer le problème et encore moins de ne pas commencer à agir.

A terme, ces inégalités sociales de santé pourraient constituer un véritable enjeu de cohésion sociale. Il faut susciter un débat social autour de ces questions et élargir le débat sur la santé au-delà des seuls soins curatifs.

De nombreuses pistes d'interventions et de politiques publiques ont été mises en œuvre dans d'autres pays, notamment en Europe. Cet acquis est important à analyser, pour déployer une politique de réduction des inégalités sociales de santé qui tienne compte du système de santé et des spécificités françaises.

La France est aujourd'hui à un tournant de son histoire vis-à-vis de cette question. La volonté d'agir a été affirmée, elle s'est traduite jusqu'à présent par des initiatives isolées. Elle doit maintenant se traduire par une politique globale et explicitement dirigée vers ce problème, et par la définition d'une démarche structurée, associant différents programmes complémentaires et coordonnés.

Les systèmes d'information pour la santé publique

Les sources de données permettant d'établir les indicateurs nationaux dans les champs couverts par la loi de santé publique sont nombreuses et variées. Cependant différents problèmes ont été identifiés lors de l'évaluation des objectifs : absence ou insuffisance de recueil de données dans certains domaines, accessibilité relative des bases de données existantes et difficultés d'appariement entre bases, manque de données localisées, articulation à améliorer avec les systèmes internationaux. Un groupe de travail du HCSP a établi un état des lieux des grandes sources de données utilisées pour le suivi des objectifs de la loi relative à la santé publique et les plans de santé publique. Pour remédier aux limites identifiées, le HCSP formule plusieurs propositions pour améliorer la gouvernance des systèmes d'information en santé publique[303].

Etat des lieux : des sources nombreuses, mais difficilement accessibles et insuffisamment coordonnées

Les grandes sources de données

Les grandes sources de données utilisées pour établir les objectifs de la loi relative à la santé publique et les plans de santé publique peuvent être classées en grands groupes :

- les sources à vocation exhaustive : certaines sont issues de fichiers administratifs ou de gestion, notamment ceux de l'Assurance maladie, du PMSI ; d'autres, exhaustives à des échelles diverses, sont les données de mortalité produites par l'Inserm à partir des certificats de décès, les registres de morbidité et les données issues des systèmes de déclaration obligatoire ;
- les grandes enquêtes nationales en population générale (déclaratives ou avec examen et/ou prélèvement) ;
- les réseaux de surveillance à partir d'échantillons de professionnels de santé ;
- les grandes enquêtes nationales auprès des professionnels et structures de soins ;
- les grandes enquêtes européennes et internationales en population générale.

Au total, ces sources d'information sur la santé et ses déterminants sont nombreuses, mais ne suffisent pas à suivre et à évaluer l'ensemble des objectifs de la loi pour différentes raisons qui sont examinées ci-dessous.

Les données de mortalité sont une source d'information essentielle en matière de santé publique et sont très largement utilisées. Elles souffrent cependant encore de certaines limites : elles sont incomplètes notamment en raison de l'absence de transmission des certificats de décès par certains onstituts médico-légaux, de l'absence d'information sur les décès à l'étranger et sur les causes médicales de mortinatalité ; la profession (PCS) était dans le passé codée par l'Insee pour l'ensemble des sujets décédés. Elle n'est disponible actuellement que pour les sujets actifs.

Les données de morbidité sont nombreuses et variées, issues de différents types de sources[304]. Cependant, malgré la diversité de ces sources, on ne dispose pas aujourd'hui de bases de données rassemblant de façon systématique et cohérente, de l'information à la fois sur la morbidité et sur les déterminants médicaux et sociaux de la santé. La plupart des données disponibles sur la morbidité en population générale sont issues d'enquêtes déclaratives et entachées de ce fait de divers biais potentiels et d'une imprécision de mesure. La taille des échantillons utilisés ne permet en général pas

[303] Le rapport complet est disponible sur le site HCSP.fr :
http://hcsp.fr/explore.cgi/avisrapports?ae=avisrapports&menu=09&clefr=114

[304] Enquêtes en population générale du système statistique public (Insee, Drees, Dares, etc.), systèmes de veille, de surveillance, de collecte et enquêtes des agences et instituts sous tutelle du ministère de la santé - InVS, Inpes, ATIH, etc. - et d'organismes de recherche - Irdes et Inserm notamment - ; enquêtes auprès des professionnels de santé sur leurs clientèles ; registres de pathologies ; données issues des systèmes d'information et de gestion de l'assurance maladie (notamment les codifications des affections de longue durée et la morbidité traitée, recalculée à partir de populations consommant certains soins traceurs)…

de repérer les pathologies peu fréquentes. Elle ne permet pas non plus, sauf exception, la production d'une information localisée. *A contrario*, les données issues d'examens de santé autorisent une mesure précise de la morbidité mais sont en général relatives à des populations et/ou des territoires particuliers ou de faibles échantillons. Les grandes enquêtes en population générale permettent une description sociodémographique riche de la population, tandis que les données issues d'examens de santé contiennent en général peu d'informations de ce type sur les patients, interdisant l'analyse des inégalités sociales. Les données issues des systèmes de gestion de l'assurance maladie (SNIIR-AM) ou de l'ATIH (PMSI) pour la morbidité hospitalière fournissent des données quasiment exhaustives sur de nombreux aspects de la morbidité et peuvent être analysées à un niveau géographique fin, mais se limitent à la morbidité traitée par le système de soins.
De plus, ces données sont très pauvres en descripteurs sociodémographiques. Enfin, il faut souligner que certaines populations (comme les personnes vivant en institution), et certains territoires sont particulièrement mal couverts par l'ensemble des sources : c'est notamment le cas des départements d'outre-mer, pour lesquels la connaissance est en général très insuffisante.

Il faut noter que la production de données statistiques sur la morbidité et ses déterminants sociaux est une préoccupation qui n'est pas propre à la France. L'adoption, en décembre 2008, d'un règlement cadre sur les statistiques de santé publique et de santé au travail vise à améliorer la production de statistiques harmonisées au niveau européen sur les causes de décès, la morbidité et les systèmes de soins[305]. L'un des objectifs de ces enquêtes est précisément l'analyse des inégalités sociales de santé.

Dans les domaines du handicap, de la santé fonctionnelle, de la qualité de vie, des efforts importants ont été engagés ces dernières années par la statistique publique pour développer l'information disponible. Suite aux recommandations du Cnis, l'Insee et la Drees ont décidé de fusionner les anciennes enquêtes décennales Handicap et Santé afin de mesurer la prévalence des différents handicaps en France, leur prise en charge, l'insertion sociale des handicapés et leur état de santé. Cependant ces enquêtes sont réalisées à intervalle relativement long.
Par ailleurs, des enquêtes nationales innovantes ont été menées de façon ponctuelle sur de grandes pathologies (VIH, cancer…) et ont permis d'évaluer la qualité de vie des patients.
Le groupe de travail sur les indicateurs manquants du HCSP a identifié cette question parmi les sources d'information transversales à créer et pérenniser.
Cependant, pour des raisons liées à la faible prévalence de certaines pathologies ou à leur repérage qui peut nécessiter des moyens d'investigation spécifiques ou multiples, il sera difficile d'atteindre, en règle générale, le niveau des pathologies particulières.

Concernant le recours aux soins, les données sont issues d'enquêtes en population générale, parfois appariées avec les données de remboursement de l'assurance maladie (enquête ESPS de l'Irdes notamment, enquête Handicap et santé de la statistique publique), ou de l'assurance maladie utilisées isolément. Les premières permettent une analyse assez détaillée des déterminants individuels de la santé et des recours aux soins mais la taille de leurs échantillons limite l'analyse des pathologies peu fréquentes et ne permet pas d'analyse à une échelle infranationale. Les secondes permettent une analyse sur données exhaustives, mais ne comportent pratiquement aucun élément sur les caractéristiques des personnes, ou sur les déterminants de la santé et du recours aux soins.

Concernant les déterminants de la santé, les enquêtes en population sont assez riches en la matière, mais elles laissent de côté certains déterminants. C'est de moins en moins le cas pour la santé au travail, avec l'existence de grandes enquêtes sur l'exposition aux risques et sur l'état de santé (santé physique et mentale) en lien avec l'itinéraire professionnel, ou avec la production d'indicateurs d'exposition et de santé par le département Santé Travail de l'InVS. C'est pour l'exposition des populations aux nuisances environnementales que le manque de données est le plus criant. Les déterminants professionnels et sociaux de la santé sont également documentés de façon insuffisante. On ne dispose pas en France d'indicateurs collectifs de l'environnement social, du type indicateurs de « défavorisation », qui devraient pouvoir être établis à des échelles territoriales suffisamment fines.

[305] En particulier, des enquêtes nationales quinquennales harmonisées sur la santé (*European Health Interview Survey*) comportant des questions sur les caractéristiques sociodémographiques et sur les maladies et les limitations fonctionnelles seront réalisées à partir de 2014.

Sur le thème des inégalités sociales et territoriales, les faiblesses constatées en matière de sources de données concernant les déterminants individuels de nature professionnelle et sociale de la santé se répercutent à l'échelle populationnelle et ne permettent pas la production d'indicateurs d'inégalités sociales et territoriales suffisamment fins, en termes à la fois de problèmes de santé spécifiques et de territoires couverts.
Les connaissances actuelles reposent sur des travaux de recherche menés à partir d'enquêtes *ad hoc*, ou de l'exploitation de certaines sources nationales de données (mortalité du CépiDC, EDP de l'Insee). Ces travaux de recherche n'ont pas, par nature, vocation à être pérennisés, et il manque en France un véritable « système de surveillance » pérenne des inégalités de santé. Les difficultés déjà signalées concernant la caractérisation de la position sociale dans les certificats de décès et l'impossibilité actuelle d'accès à l'EDP ne laissent pas présager une amélioration rapide de cette situation. De fait, un système de surveillance des inégalités de santé ne peut concrètement reposer que sur l'exploitation de sources de données nationales permanentes, et la mise en œuvre systématique de procédures d'appariement entre sources de données de santé et de données administratives et sociales incluant un niveau suffisamment fin d'analyse.

PROPOSITIONS

Le HCSP fait plusieurs propositions pour remédier aux manques et aux limites identifiées. Certaines sont spécifiques de certaines sources, d'autres sont plus générales et concernent la gouvernance des systèmes d'information pour la santé publique. Elles convergent avec les propositions concernant les systèmes d'information dans la déclinaison thématique des objectifs ainsi que l'illustrent quelques exemples cités dans le texte ci-dessous.

Propositions spécifiques et à court terme

P1 : régler rapidement les problèmes juridiques concernant la transmission des données des Instituts médico-légaux au CépiDc, l'accès à l'EDP, les causes médicales de mortinatalité

Certains problèmes identifiés peuvent bénéficier d'une solution rapide, car les points concernés ne posent pas de difficultés juridiques majeures. Il s'agit d'harmoniser les textes qui encadrent la transmission des données collectées par les instituts médico-légaux au CépiDc, ainsi que l'accès à l'Échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee. De même, il faudrait faire en sorte que le CépiDc puisse être destinataire des causes médicales de mortinatalité.

Exemple : Santé de la reproduction

Le HCSP propose de remédier aux carences du système statistique d'enregistrement :

- au niveau des naissances (mortinaissances et naissances vivantes) en enregistrant à l'état-civil, systématiquement et obligatoirement, tous les enfants dont l'âge gestationnel est supérieur à 22 semaines ;

- au niveau des décès d'enfants dans la période périnatale, en mettant en place la certification des causes de décès des mort-nés, à l'image de celle qui existe pour le décès néonatal (0-28 jours après la naissance vivante).

P2 : entreprendre une réflexion sur les textes qui encadrent l'utilisation du NIR, afin de faciliter l'appariement de données provenant de diverses sources médico-administratives, ainsi que de données d'enquête avec ces sources ; veiller à ce que la mise en place de l'Identifiant national de santé ne rende pas impossible les appariements de données avec des sources utilisant le NIR comme identifiant

La France dispose, par rapport à la plupart des pays, de deux avantages qui peuvent être décisifs pour la construction d'un système d'information performant pour la santé publique : (1) l'existence de

grandes bases de données nationales centralisées gérées par des organismes publics, couvrant la totalité de la population dans divers domaines stratégiques : recours aux soins, hospitalisation, handicaps, prestations et position sociales ; (2) l'existence d'un identifiant individuel unique (le NIR), qui est utilisé (directement ou sous forme anonymisée et irréversible) par toutes les bases de données nationales. Des progrès majeurs pourraient être réalisés de manière très efficiente en systématisant les appariements individuels de données provenant de ces diverses bases, ou de données d'enquête avec ces sources.
Il convient donc d'entreprendre dès maintenant une réflexion sur l'utilisation du NIR ou d'identifiants anonymisés qui peuvent en découler, incluant les perspectives liées au déploiement de l'identifiant national de santé. Cette réflexion doit concerner les aspects juridiques, éthiques, méthodologiques et techniques, ainsi que les ressources nécessaires, et certainement associer la Cnil, le Comité consultatif national d'étique (CCNE), les organismes producteurs et utilisateurs de données de santé et les représentants des citoyens.

P3 : initier ou développer certains systèmes d'information relevant d'organismes publics dans des domaines cruciaux et actuellement non couverts, notamment en médecine ambulatoire

La connaissance des pratiques des professionnels de santé et des comportements des patients vis-à-vis du système de soins est un élément essentiel. La gestion du système de soins nécessite notamment des données concernant les prescriptions et les pathologies qui ont motivé la visite auprès des médecins libéraux (âge, sexe, diagnostic posé, prescriptions, effets attendus…). Or, en dehors des données de gestion de l'assurance maladie qui ne donnent qu'une image partielle des pratiques et comportements, on ne dispose pas en France de dispositif relevant d'organismes publics permettant de documenter systématiquement ce domaine et d'en analyser les évolutions. Il serait important de développer des systèmes d'information relevant d'organismes publics ou accessibles à ceux-ci. Il existe actuellement des expériences dans ce domaine qui doivent être soutenues.

Exemple : Maladies respiratoires - Asthme
Développer un système général d'information ou des études sur le secteur ambulatoire et compléter les systèmes existants

P4 : renforcer les moyens de la CNIL dans le secteur santé

Il est clair que les services de la CNIL sont notablement sous-dimensionnés face à l'augmentation des demandes, et le délai de traitement des dossiers dépasse très fréquemment le délai légal[306]. L'élargissement des conditions dans lesquelles il sera possible d'accéder à des sources de données gérées par les organismes de protection socio-sanitaire va probablement multiplier les demandes en provenance d'utilisateurs diversifiés. Il est donc crucial que la Cnil, qui constitue un point de passage obligé de tout dispositif de recueil de données de santé à caractère personnel, voit renforcer ses moyens dédiés au recueil de données de santé.

Propositions générales

Le HCSP n'a pu remplir complètement sa mission d'évaluation des objectifs de la loi relative à la santé publique de 2004, du fait de l'insuffisance, voire de l'absence, de données pertinentes et de validité suffisante (donc des systèmes d'information correspondant), dans de nombreux domaines.

Il est indispensable d'améliorer la situation afin d'éviter, au moins partiellement, de rencontrer les mêmes difficultés lors de l'évaluation des objectifs de la future loi de santé publique. Ceci implique de poursuivre le travail de façon organisée, et de mettre en œuvre des mesures « structurantes » relevant d'une gouvernance générale des systèmes d'information pour la santé publique afin de dégager des solutions pérennes.

[306] Le délai légal est de deux mois, l'absence de réponse au-delà de ce délai signifiant depuis la dernière révision de la loi un refus.

<u>Proposition générale 1</u> : mieux coordonner les différentes actions de pilotage et de suivi des systèmes d'information pour la santé publique

Il faut tout d'abord procéder à une mise à jour régulière de la description des sources utilisables pour documenter les indicateurs, et, en parallèle, rendre permanente et systématique l'activité d'identification des données manquantes pour les indicateurs des lois et des plans, afin de permettre une meilleure réactivité pour anticiper sur les besoins futurs d'information pour l'évaluation des politiques de santé publique.
La diversité des sources de données utilisables pour l'établissement des indicateurs de suivi de la loi de santé publique a été soulignée. Des modifications limitées suffiraient parfois pour rendre les données produites mieux utilisables pour la documentation des objectifs de santé publique. Il apparaît donc important d'initier une réflexion impliquant les principaux producteurs de données, avec l'objectif de faire évoluer leurs systèmes d'information en y intégrant des missions de documentation des indicateurs de la loi et des plans.
À côté de la nécessaire évolution des sources permanentes de données, il est indispensable de susciter la mise en place des nouveaux recueils de données dans les domaines mal ou non couverts qui ont été identifiés.

Exemples :
Santé environnementale et santé au travail
- Promouvoir et soutenir le développement pérenne d'une surveillance de données relatives à la qualité de l'habitat
- Renforcer les moyens existants de connaissance des effets du travail et des expositions environnementales sur la santé

Santé mentale
- Mener une enquête en population générale pour connaître la prévalence des différents troubles psychiatriques

Il est également important de veiller à la pérennité des systèmes d'information et à la répétition des enquêtes à visée nationale pertinentes. Les organismes et agences sectorielles concernés doivent mettre en œuvre une politique coordonnée de développement, de déploiement et de maintenance des systèmes d'information pour la santé publique.

Il faut également anticiper les besoins de données en appui de la réorganisation des structures de santé publique déconcentrées, avec notamment la création des ARS qui se voient confier des missions importantes en termes de politiques de santé à l'échelle régionale et infrarégionale. Il est donc nécessaire d'élaborer une politique pour les données à vocation régionale, en liaison avec les ARS et les ORS, incluant une réflexion sur la remontée homogène d'informations provenant des niveaux régional et infra régional, ainsi que sur le retour d'information vers ces niveaux. Cette réflexion doit inclure la production d'indicateurs à l'échelle de zones géographiques de petite taille à partir des sources exhaustives, tout en respectant la confidentialité des données à caractère personnel. Ceci pose cependant des problèmes méthodologiques, notamment lorsqu'il s'agit de territoires de petite taille et de faible effectif de population.

Exemples :
Santé environnementale
- Produire et mettre à disposition les données statistiques à un niveau géographique fin
Cancers
- Développer le système d'information régional et local permettant d'analyser les causes des inégalités de risque entres les départements et les cantons

Au total, on constate qu'il n'existe pas actuellement de politique concertée permettant la mise en cohérence d'ensemble des systèmes d'information pour la santé publique, qu'il s'agisse de la production de données permanente et exhaustive par des agences et organismes nationaux, ou de dispositifs plus ciblés reposant sur des enquêtes *ad hoc*. Le HCSP recommande donc

la mise en place d'une réflexion très large, impliquant les pouvoirs publics concernés, les organismes de protection sanitaire et sociale et les agences sanitaires ayant des responsabilités dans la production et l'utilisation de données pour la santé publique. Le paysage est en effet complexe, les organismes concernés étant nombreux et indépendants, avec des tutelles parfois différentes. Le Cnis, malgré sa mission générale de pilotage et de coordination des dispositifs de statistique publique, ne s'est pas jusqu'à présent saisi de façon systématique du domaine de la santé publique. Une réelle volonté politique de mise en cohérence et de coordination des acteurs et des différentes actions de pilotage et de suivi des systèmes d'information pour la santé publique est donc indispensable pour améliorer durablement la situation actuelle, et faire en sorte de disposer de systèmes d'information cohérents, à la fois flexibles et stables.

Le HCSP propose de :

- poursuivre l'identification des données manquantes pour les indicateurs de la loi et des plans de santé publique, et des sources potentiellement mobilisables ;
- tenir à jour un annuaire opérationnel des sources utilisables pour documenter les indicateurs ;
- animer une réflexion avec les producteurs de données en vue de faire évoluer conjointement leurs systèmes d'information ;
- proposer des évolutions des recueils de données existants pour les adapter aux besoins et mettre en place des recueils nouveaux ;
- veiller à la pérennité des systèmes d'information et à la répétition des enquêtes à visée nationale pertinentes ;
- recommander aux pouvoirs publics une politique de développement et de maintenance des systèmes d'information pour la santé publique en coordination avec les agences sectorielles concernées (ATIH, ASIP) ;
- élaborer une politique pour les données à vocation régionale, en liaison avec les ARS et les ORS ;
- élaborer une méthodologie et une réflexion juridique pour la production d'indicateurs à l'échelle de zones géographiques de petite taille à partir des sources exhaustives, tout en respectant la confidentialité des données à caractère personnel ;
- adapter les dispositifs de recueil de données pour faciliter les comparaisons à l'échelle européenne et internationale.

<u>Proposition générale 2</u> : inciter, de façon concertée avec les professionnels de santé, les organismes producteurs et utilisateurs de données à dégager les ressources nécessaires à une meilleure utilisation des données pour la recherche, la surveillance et la santé publique

Un des constats récurrents du groupe de travail est la difficulté, pour toutes les catégories d'utilisateurs, d'obtenir des données gérées par les organismes producteurs. L'expérience montre la très faible disponibilité de ces bases de données pour la santé publique, la surveillance ou la recherche. Ainsi, malgré les récents efforts de certains organismes, le potentiel de ces bases est-il sous-utilisé. Notamment à cause de l'insuffisance des ressources consacrées par ces organismes à la diffusion et à la mise à disposition des données dont ils assurent la collecte et la gestion.

On observe une situation comparable du côté des organismes utilisateurs, qui ne consacrent pas non plus, sauf exception, suffisamment de moyens à ces activités.

Enfin, il faut aussi souligner les difficultés rencontrées pour la transmission de données par les professionnels de santé aux organismes de santé publique concernés (agences, organismes de recherche, ORS, registres, ARS demain, etc.). En effet, de nombreux professionnels de santé considèrent que la transmission des données qu'ils recueillent auprès de leurs patients ne fait pas partie de leurs missions.
Il est d'une grande importance d'expliciter, par des voies législative, contractuelle ou conventionnelle selon les cas, que la transmission de données de santé est une « obligation de service public », et de préciser les moyens qui doivent y être consacrés par les différents acteurs.

Ceci suppose d'inscrire :

- dans la loi de santé publique et dans les contrats entre l'État et les organismes de protection médico-sociale producteurs de données une mission explicite de mise à disposition de données, accompagnée d'une obligation de moyens ;
- dans la loi de santé publique et dans les contrats entre l'État et les organismes utilisateurs de données de santé publique (agences, organismes de recherche, ARS, ORS, registres, etc.) une obligation de moyens concernant l'accès aux données à visée de santé publique ;
- dans les conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé une obligation de fourniture de données aux organismes de santé publique concernés (agences, organismes de recherche, ARS, ORS, registres, etc.).

<u>Proposition générale 3</u> : faciliter les travaux techniques et méthodologiques nécessaires pour l'accès aux données des organismes producteurs

On utilise encore trop peu en France les possibilités offertes par les bases de données alimentées par les organismes de protection sociale et médicale[307], qui contiennent des données concernant la santé ou la vie socioprofessionnelle.
Concernant les données socioprofessionnelles, les bases de données de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) permettent de tracer pour chaque individu dès l'âge de 16 ans et jusqu'à la liquidation de ses droits à la retraite, ses différentes périodes d'activité : professionnelle ou assimilée (chômage, maladie, maternité ou congés parentaux, …).
Un important travail est nécessaire pour définir les procédures d'accès, de transmission sécurisée, de vérification de cohérence et de complétude, de maintien de l'intégrité des données. La mise en place d'une structure scientifique et technique jouant un rôle d'interface entre les utilisateurs et les bases de données est sans doute la meilleure solution. Il pourrait s'agir d'une structure inter-organismes, associant notamment les organismes gérant les bases de données nationales et les organismes utilisateurs.

Ceci nécessite de développer :

- la recherche sur les systèmes d'information pour la santé publique (méthodes de validation de données médicales, méthodes d'appariement probabiliste, cryptage, géolocalisation) ;
- une (ou plusieurs) structure(s) spécialisée(s) réalisant l'interface entre les producteurs et les utilisateurs fournissant des prestations complètes et dotée(s) de moyens suffisants.
-

<u>Proposition générale 4</u> : faciliter l'appariement à l'échelle individuelle de sources différentes, médicales et non médicales en créant un (des) centre(s) d'appariement sécurisés autorisé(s) sous conditions à avoir accès aux identifiants nationaux (NIR, INS).

Une situation juridique paradoxale aboutit à ce que, dans certaines conditions, le NIR puisse être utilisé pour procéder à des appariements avec des sources médico-administratives où les sujets sont identifiés par leur NIR, directement ou indirectement (*via* une fonction d'occultation du NIR), alors que dans d'autres cas cela est en pratique interdit par les textes.
Une solution, qui a déjà été proposée notamment par l'Insee[308], serait la création d'un ou plusieurs « centres d'appariement sécurisé » (CAS). Il s'agirait d'une structure jouant un rôle de tiers de confiance habilité à recevoir, dans le cadre d'études autorisées, les NIR des sujets concernés. En tout état de cause, il est vraisemblable que la création de centres d'appariement sécurisé nécessite une modification de la loi informatique et libertés.

[307] Les principales bases de données concernées sont, outre le CépiDc pour la mortalité, celles du PMSI (Programme de médicalisation du système d'information) et celles de l'assurance maladie réunies au sein du *Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie* (SNIIR-AM). Les données du SNIIR-AM incluront à terme tous les régimes de l'Assurance maladie : Cnamts, MSA, RSI et les 16 régimes spéciaux, et concernent aussi bien la médecine de ville que les hospitalisations. Il faut noter que la CNSA met également en place un système centralisé de remontées d'information concernant les prestations pour handicap.
[308] Chaleix M, Lollivier S. Outils de suivi des trajectoires des personnes en matière sociale et d'emploi. Insee, N° 98/B010, Juin 2004.

Par ailleurs, le déploiement prévu de l'Identifiant national de santé (INS), destiné à être le seul identifiant utilisé pour les applications en santé, rendrait impossible à l'avenir l'appariement de données de santé avec d'autres sources utilisant le NIR comme identifiant, ce qui, bien évidemment, poserait des problèmes insurmontables. Afin d'éviter cette situation, il est envisagé que la Cnav maintienne une table de correspondance NIR-INS.

<u>Proposition générale 5</u> : développer des dispositifs d'observation longitudinale en s'appuyant sur des cohortes existantes ou à initier, en veillant à ce que les plans d'échantillonnage et les données collectées permettent de renseigner les indicateurs de la loi de santé publique.

Des dispositifs d'observation longitudinale à l'échelle individuelle sont nécessaires pour recueillir certaines informations concourant à l'établissement de plusieurs indicateurs de la loi relative à la politique de santé publique. De telles observations sont indispensables pour l'étude des trajectoires de santé, de soins, de situation socioprofessionnelle ou de comportements individuels.

Exemple : Qualité de vie
Développer la mesure de la qualité de vie en population générale et dans des pathologies chroniques traceuses

Il existe quelques rares dispositifs longitudinaux reposant sur des données d'origine administrative dont le plan d'échantillonnage vise à assurer la représentativité, comme l'Échantillon démographique permanent de l'Insee ou l'Échantillon généraliste des bénéficiaires de l'assurance maladie. C'est également le cas de l'enquête Santé et itinéraire professionnel auprès des personnes, qui aborde de façon détaillée les questions de conditions de travail, d'emploi et les questions de santé. Mais ces dispositifs présentent des limites en termes de données recueillies et ne suffisent pas pour répondre à l'ensemble des objectifs de la loi. Bien entendu, il n'est pas réaliste de penser qu'une cohorte, si large soit-elle, puisse répondre à l'ensemble des besoins d'information sur la population française. Cependant, la mise en place prochaine de nouvelles grandes cohortes, notamment dans le cadre des « TGIR (Très grandes infrastructures de recherche) Cohortes », peut être une occasion de compléter les sources de données disponibles. C'est notamment le cas des cohortes Elfe (qui doit inclure un échantillon représentatif de naissances), Constances[309] et Coset[310], qui suivront des échantillons représentatifs d'adultes. Il importe de veiller à ce que l'échantillonnage et les recueils de données tout au long du suivi des sujets de ces dispositifs permettent l'établissement d'indicateurs utiles pour l'évaluation des objectifs de la loi.

<u>Proposition générale 6</u> : mettre en place un dispositif de surveillance systématique et permanente des inégalités sociales et territoriales de santé, incluant des indicateurs de défavorisation appropriés à une échelle fine.

Les connaissances concernant les inégalités sociales et territoriales en France reposent actuellement sur des travaux de recherche qui n'ont pas vocation à être reproduits, encore moins pérennisés, et on a fait le constat de l'absence d'un véritable système de surveillance des inégalités sociales et territoriales de santé (*cf.* conclusions du groupe de travail Inégalités sociales de santé du HCSP). Du fait des limites des systèmes d'information de nature médicale en matière de données sur les déterminants socioprofessionnels, le HCSP recommande donc d'élaborer un système de surveillance des inégalités de santé pérenne reposant sur la mise en œuvre systématique de procédures d'appariement entre sources nationales permanentes de données de santé et de données administratives et sociales, essentiellement celles gérées par la Cnav. D'autres sources devraient également être explorées, comme celles du fisc.
Un autre manque concerne les indicateurs géographiques de « défavorisation », largement utilisés dans d'autres pays à des fins de santé publique, notamment pour la priorisation des actions, ou

[309] Avec le soutien de la CnamTS et du ministère de la santé et en partenariat avec l'Institut de veille sanitaire (InVS). Constances est une grande cohorte épidémiologique constituée d'un échantillon représentatif de 200 000 adultes consultants des Centres d'examens de santé (CES) de la sécurité sociale.
[310] COhorte pour la Surveillance Épidémiologique en milieu de travail.

d'épidémiologie sociale quand il s'agit de prendre en compte des effets contextuels. On ne dispose actuellement pas d'indicateurs géographiques de défavorisation « français » (c'est-à-dire construits à partir de données économiques et sociales exhaustives disponibles à une échelle géographique fine, comme les IRIS - Îlots regroupés pour l'information statistique, produits par l'Insee) qui fassent l'objet d'un consensus. Cependant, plusieurs travaux récents ont développé de tels indices, et il serait important de mettre en place une réflexion destinée à discuter des objectifs, des méthodes et des limites de ces indicateurs, afin de définir un ou plusieurs indicateurs qui pourraient faire partie d'un système de surveillance des inégalités de santé.

<u>Proposition générale 7</u> : entreprendre une réflexion sur l'acceptabilité des recueils de données, leur gestion et leur utilisation à des fins de santé publique et de recherche, associant les producteurs de données, les utilisateurs et les représentants de la société civile.

Ce rapport plaide pour une utilisation large et systématique des données d'origine médico-administrative comme une des solutions à des problèmes divers. Cependant, l'acceptabilité sociale de l'utilisation de telles sources de données pose un véritable problème. Une partie de la population la perçoit en effet comme une intrusion et une atteinte à ses libertés, comme l'ont montré les débats suscités par exemple autour du projet de la cohorte d'enfants Elfe ou du développement du Dossier médical personnel (DMP). Les restrictions que la loi impose pour l'utilisation du NIR et la décision de développer un identifiant national de santé sont d'ailleurs des obstacles voulus explicitement pour empêcher les abus potentiels. La politique d'appariements systématiques de données provenant de plusieurs sources que propose le groupe de travail peut engendrer des inquiétudes légitimes à cet égard.
Il serait donc d'une importance particulière de développer une réflexion sur les dispositions permettant d'encadrer l'usage de ces données (pour quels usages ? qui peut être autorisé ? dans quelles conditions ? etc.).

La Conférence nationale de santé a récemment organisé un débat public sur ce thème, dont les résultats devraient être diffusés et partagés de manière pédagogique. Il serait important d'envisager les suites qui y seront données.

Haut Conseil de la Santé Publique

Objectifs de santé publique
Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 **Propositions**

Imprimé en France

Haut Conseil de la Santé Publique

Objectifs de santé publique
Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004
Propositions

Annexes

Collection
Avis et rapports

Avril 2010

Objectifs de santé publique :

Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions

ANNEXES

SOMMAIRE

ANNEXE 1 : Objectifs de la LPSP 2004 par thématique
ANNEXE 2 : Fiche type d'évaluation des objectifs
ANNEXE 3 : Résultats des indicateurs associés aux objectifs 2004
ANNEXE 4 : Scannographie des 100 objectifs annexé à la loi du 9 août 2004
ANNEXE 5 : Responsables des groupes de travail
ANNEXE 6 : Le Haut Conseil de la santé publique
ANNEXE 7 : Personnes auditionnées

ANNEXE 1 : Objectifs de la LPSP 2004 par thématique

N°	Objectifs	Thèmes
	Non classés	**0**
066	Dépister et traiter conformément aux recommandations en vigueur 80% des affections systémiques induisant des complications ophtalmologiques	0
	Alcool, tabac, toxicomanie	**1**
001	Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt d'ici à 2008)	1
002	Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance	1
003	Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).	1
004	Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel	1
056	Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC	1
058	Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs	1
	Nutrition	**2**
005	Obésité : réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m2) chez les adultes : passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (objectif PNNS).	2
006	Déficience en iode : réduire la fréquence de la déficience en iode au niveau de celle des pays qui en ont une maîtrise efficace (Autriche, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suisse…) ; réduire la fréquence des goitres : passer de 11,3 % chez les hommes et 14,4 % chez les femmes actuellement à 8,5 % et 10,8 % d'ici à 2008	2
007	Carence en fer : diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive, passer de 4 % des femmes en âge de procréer à 3 %, de 4,2 % des enfants de 6 mois à 2 ans à 3 % et de 2 % des enfants de 2 à 4 ans à 1,5 %	2
008	Rachitisme carentiel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carentiel	2
009	Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25% la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60% pour les hommes et 40% pour les femmes actuellement, à 75% pour les hommes et 50% pour les femmes d'ici à 2008	2
010	Faible consommation de fruits et légumes : diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60 % en 2000 à 45 % (objectif PNNS)	2
011	Excès de chlorure de sodium dans l'alimentation : La réduction du contenu en sodium, essentiellement sous forme de chlorure de sodium (sel) dans les aliments doit être visée pour parvenir à une consommation moyenne inférieure à 8g/personne/jour (la consommation moyenne a été estimée en 1999 entre 9 et 10 g/personne/jour) selon les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments	2

N°	Objectifs	Thèmes
012	Obésité : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant (objectif PNNS)	2
013	Folates dans l'alimentation : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural	2
098	Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008)	12
	Environnement / santé et santé / travail	**3**
014	Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail	3
015	Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 h par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête Sumer 2003	3
016	Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête Sumer 2003	3
017	Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition	3
018	Habitat : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l ; passer de 2% en 1996 à 1% en 2008	3
019	Bâtiments publics : réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m3 (valeur guide de l'UE)	3
020	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, Nox, ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002)	3
021	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; - 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.	3
022	Qualité de l'eau : diminuer par deux d'ici à 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides.	3
023	Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)	3
024	Bruit : réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (Ministère de l'écologie, INRETS)	3
025	Qualité de l'eau : réduire de 50 % l'incidence des légionelloses	3
	Traumatismes, violences routières	**18**
014	Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail	3
094	Traumatismes liés à la violence routière : réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008	18
	Iatrogénie	**4**
026	Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène de 10% à 7% d'ici à 2008	4

N°	Objectifs	Thèmes
027	Réduire la fréquence des évènements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008.	4
028	Réduire d'1/3 la fréquence des évènements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire	4
029	Réduire les doses d'irradiation individuelles et collectives liées aux expositions médicales à visée diagnostique, en renforçant la justification des indications et l'optimisation des pratiques	4
100	Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées	4
	Maladies infectieuses	**5**
030	Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour : S. pneumoniae (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G -CMI > 0,06mg/l- de 52 % [2001] à moins de 30 %, avec moins de 5 % de souches résistantes -CMI > 1mg/l- ; réduction de la résistance à l'érythromycine de 50 % [2001] à moins de 30 % ; absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (< à 0,5 % en 2001)) et S. aureus (réduire le taux de souches hospitalières résistantes à la méticilline de 34 % à 25 %)	5
036	Infection VIH – Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)	5
037	Hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008.	5
038	Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008	5
039	Grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50 %), professionnels de santé (actuellement 21 %), personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65 %) d'ici à 2008	5
040	Maladies diarrhéiques : diminuer de 20 % d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84 ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au delà)	5
041	Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2	5
042	Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %)	5
043	Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100 % des femmes à risque d'ici à 2008	5
056	Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC	5
	Maladies cardiovasculaires et métaboliques	**7**
054	Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'Alfediam, l'Afssaps et l'Anaes pour 80 % des diabétiques en 2008 (actuellement 16 à 72 % selon le type d'examen complémentaire)	7

N°	Objectifs	Thèmes
055	Diabète : Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardio-vasculaires	7
069	Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires : cardiopathies ischémiques : de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes d'ici à 2008 ; thromboses veineuses profondes : de 15 % d'ici à 2008.	7
070	Hypercholestérolémie : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53 g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS)	7
071	Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008	7
072	Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC	9
073	Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque	7
080	Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million)	7
	Cancer	**14**
001	Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt d'ici à 2008)	14
002	Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance	14
003	Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).	14
004	Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel	14
048	Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV	14
049	Toutes tumeurs malignes : contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100 % des patients.	14
050	Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans	14
051	Cancer de la peau, mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome	14
052	Cancer de la thyroïde : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens	14
053	Cancer colo-rectal : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage	14
	Maladies respiratoires	**16**
074	Asthme : réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an)	16
075	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie.	16
	Rhumatologie	**11**

N°	Objectifs	Thèmes
015	Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 h par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003	11
082	Ostéoporose : réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus.)	11
083	Polyarthrite rhumatoïde : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde	11
084	Spondylarthropathies : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par les spondylarthropathies	11
085	Arthrose : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites	11
086	Lombalgies : réduire de 20% en population générale la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle d'ici 2008	11
087	Arthrose : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose	11
	Neurologie	**9**
062	Épilepsie : prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie	9
063	Maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients	9
064	Maladie de Parkinson : retarder la survenue des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité sévères chez les personnes atteintes	9
065	Sclérose en plaques : pallier les limitations fonctionnelles induites par la maladie	9
072	Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC	9
	Maladies rares	**15**
088	Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose	10
090	Maladies rares : assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge	15
	Qualité de vie	**10**
031	Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement dispos permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants	10
032	Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie.	10
035	Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles (3.6% des personnes âgées de 5 ans et plus en population générale selon l'enquête HID, personnes ayant répondu au module de l'indicateur de Katz)	10
075	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie.	16
076	Réduire le retentissement des mici sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes	10
081	Réduire le retentissement de l'insuffisance rénale chronique sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse	10
087	Arthrose : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose	10

N°	Objectifs	Thèmes
088	Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose	10
	Santé mentale	**8**
057	Psychoses délirantes chroniques : diminuer de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité.	8
058	Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs	8
059	Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20% le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus.	8
060	Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique	8
061	Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation	8
092	Suicide : réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an)	8
	Vieillissement	**12**
063	Maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients	12
078	Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire	12
085	Arthrose : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites	12
098	Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008)	12
099	Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008	12
100	Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées	12
	Santé de la reproduction	**19**
044	Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne : passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008	19
045	Réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008	19
046	Grossesses extra-utérines : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité	19
047	Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme	19
077	Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs.	19
089	Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes	19

N°	Objectifs	Thèmes
097	Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours	19
	Santé de la mère et du jeune enfant	**6**
067	Atteintes sensorielles chez l'enfant : assurer un dépistage et une prise en charge précoces de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant, (notamment dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité ou au plus tard avant l'âge de un an, dépistage des troubles de la vue entre 9 et 12 mois, et dépistage de l'ensemble des déficits visuels et de l'audition avant l'âge de 4 ans)	6
077	Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs.	6
078	Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire	12
079	Pathologies mammaires bénignes chez la femme : réduire le retentissement des pathologies mammaires bénignes sur la santé et la qualité de vie des femmes	6
091	Réduire de 30 % d'ici à 2008 l'indice CAO mixte moyen (valeur estimée) à l'âge de 6 ans (de 1,7 à 1,2) et l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (de 1,94 à 1,4)	6
093	Traumatismes non intentionnels dans l'enfance : réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008	6
095	Traumatismes intentionnels dans l'enfance : définition d'actions de santé publique efficaces	6
096	Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit	6
	Atteintes sensorielles	**17**
067	Atteintes sensorielles chez l'enfant : assurer un dépistage et une prise en charge précoces de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant, (notamment dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité ou au plus tard avant l'âge de un an, dépistage des troubles de la vue entre 9 et 12 mois, et dépistage de l'ensemble des déficits visuels et de l'audition avant l'âge de 4 ans)	17
068	Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences	17
	Inégalités de santé sociales et territoriales	**13**
033	Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU	13
034	Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans	13

ANNEXE 2 : Fiche type d'évaluation des objectifs

Objectif n° :
Intitulé :

1. Eléments quantitatifs d'ensemble

1.1. Indicateurs

1.1.1. Indicateur principal renseigné :

Limites des données disponibles par rapport à la période de référence (2004-2008).

1.1.2 . Indicateur complémentaire :

Indicateur complémentaire renseigné :
Limites des données disponibles par rapport à la période de référence (2004-2008).

Indicateur complémentaire renseigné :
Limites des données disponibles par rapport à la période de référence (2004-2008).

1.1.3. Evolution d'ensemble :

Quelle appréciation peut-on porter sur la tendance observée :

En particulier l'objectif est-il atteint ? :

1.2. Inégalités :

1.2.1. Données par régions :
Moyenne des trois valeurs maximales :
Moyenne des trois valeurs minimales :

1.2.2. Données par PCS :
Valeur maximale :
Valeur minimale :

1.2.3. Constate-t-on un accroissement ou une diminution de ces écarts dans le temps
Commentaire spécifique sur ce point :

1.3. Données internationales disponibles et position relative de la France :

Commentaire synthétique sur l'évolution des indicateurs en tenant compte de leur dynamique naturelle :

2. Plans et actions correspondants :

2.1. Plans – Programmes – Actions.

Plan :
Actions principales du plan en relation avec l'objectif :
Autres actions :

Plan :
Actions principales du plan en relation avec l'objectif :
Autres actions :

2.2. Autres facteurs connus influençant l'objectif .

3. Conclusions et préconisations :

3.1. Propositions par rapport à l'objectif :

Suppression (justification) :
Modification (justification) :
Maintien :

3.2. Mise en regard des évolutions constatées et des actions mises en œuvre :

3.3. Propositions par rapport aux actions :

Actions dont l'efficacité peut être reconnue :
Actions dont l'efficacité demande des investigations complémentaires :
Actions dont l'efficacité ne peut être appréciée :
Actions qui apparaissent inopérantes :

Autres actions non mises en œuvre mais dont l'intérêt est connu par ailleurs

ANNEXE 3 : Résultats des indicateurs associés aux objectifs 2004

Ce tableau est ordonné par thème, dans l'ordre présenté dans le rapport d'évaluation. Au sein de chaque thème, les objectifs sont ordonnés selon une numérotation croissante.

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation

Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
001	*Consommation moyenne d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans*	P	IDA/INSEE	13,0l/an (2004)	12,3l/an (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Addictions
002	*Prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool dans l'année (18 ans ou plus)*	P	ESPS (IRDES)	27%, typologie de risque non définie (2004)	33%, dont 24,9% à risque ponctuel et 8,5% chronique (2006)	Baromètre Santé	37% dont 28% à risque ponctuel et 9% risque chronique (2005)	ND	DREES (2008), DREES (2006), fiche de synthèse	Addictions
002	*Prévalence déclarée des consommations à risque de dépendance (18 ans ou plus)*	P	Baromètre Santé DETA	14% hommes 5% femmes (2005)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006), fiche de synthèse	Addictions
002	*Nombre (et proportion) de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec un taux d'alcoolémie positif*	P	ONISR	6844/129148, soit 5,3% des accidents corporels et 945/5737, soit 16,5% des accidents mortels (2003)	6,2% accidents corporels et 16,4% accidents mortels (2006)	ND	ND	ND	fiche de synthèse	Addictions
002	*Prévalences des consommations régulières d'alcool et des ivresses répétées déclarées par les jeunes de 17 et 18 ans*	Cp	ESCAPAD (OFDT)	14% de consommations régulières et 7% d'ivresses répétées (2003)	12% de consommations régulières et 9,7% d'ivresses répétées (2005) 8,9% de consommations régulières et 8,6% d'ivresses répétées (2008)	ND	ND	ND	DREES (2008), synthèses OFDT	Addictions
002	*Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique*	Cp	Cépi-DC	21998 (2000), taux non publiés	20000 (2005), taux non publiés	ND	ND	ND	DREES (2008), fiche de synthèse	Addictions
003	*Prévalence des fumeurs quotidiens (18-74ans)*	P	ESPS (IRDES)	fumeurs habituels: 33% des hommes et 23% des femmes (2006)	fumeurs habituels: 30% des hommes et 22% des femmes (2008)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2009), fiche de synthèse	Addictions
003	*Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes (15 ans, 16 ans, 17-18 ans)*	P	ESCAPAD	40% des filles et 42% des garçons (2000)	28% des filles et 30% des garçons (2008)	ESPAD (OFDT)	24% des garçons et 21% des filles (2003)	18% des garçons et 16% des filles (2007)	DREES (2009), fiche de synthèse	Addictions
003	*Prévalence du tabagisme quotidien au cours de la grossesse*	P	Enquête Nationale Périnatale (ENP)	22% (2003)	ND	INPES	29% (2000)	21% (2005)	DREES 2009, fiche de synthèse	Addictions
003	*Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par tumeur du larynx, trachée, bronches ou poumon*	P	Cépi-DC	29300 (2005)	29765 (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009), fiche de synthèse	Addictions

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
004	*Proportion d'établissements scolaires où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés*	P	OFDT	interdiction totale dans les lycées: 14% pour les élèves ND pour les personnels (2002)	interdiction totale dans les lycées: 40% pour les élèves 11-18% pour les personnels (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006), fiche de synthèse	Addictions
004	*Proportions de restaurants (et autres lieux de loisirs) de lieux de travail où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés*	P	DNF/TNS	Restaurants: 11% prohibé et 63% limité (2004); autres: ND	ND	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006), fiche de synthèse	Addictions
004	*Pourcentage de personnes qui déclarent être exposées au tabac à domicile, en milieu professionnel, dans différents lieux de loisirs*	Cp	INPES	Dom: ND; Pro: 53%;Hôtels: 45-50%; Restau: 73%; Cafés, bars: 91% Discothèques: 94% (dec 2006-jan 2007)	Dom: ND; Pro: 26%; Hôtels: 20%; Restau: 21%; cafés, bars: 38% discothèques: 39% (jan-juil 2008)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006), fiche de synthèse	Addictions
004	*Pourcentage de jeunes (17-18 ans) qui déclarent fumer dans leur établissement scolaire*	Cp	OFDT	ND	ND	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006), fiche de synthèse	Addictions
056	*Nombre (et proportion) de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez des usagers de drogues injectables (UDI)*	P	InVS (MDO)	197 soit 2,6% (2004)	128, soit 1,9% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006), fiche de synthèse	Addictions
056	*Prévalence du VHC parmi les usagers de drogues (opiacés, cocaïne) âgés de moins de 25 ans ynt recours aux différentes structures de prise en charge*	P	Enquête Coquelicot (InVS, ANRS)	10,2% (2004)	ND	PRELUD (OFDT)	18% (2003)	8% (2006)	DREES (2008), DREES (2006), fiche de synthèse	Addictions
058	*Nombre de patients sous traitement de substitution et proportion de patients sous Méthadone*	P	Indicateur composite GERS, SIAMOIS et InVS	104 767, dont 16,9% sous méthadone (2004)	109 954, dont 24,3% sous méthadone (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006), fiche de synthèse	Addictions
058	*Proportion d'établissements pénitentiaires dans lesquels les traitements de substitution par la Méthadone sont accessibles*	Cp	DGS/DHOS	74% (2004)	ND	ND	ND	ND	DREES (2009)	Addictions
005	*Prévalence de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) en population adulte*	P	ENNS	Hommes: 57,1% dont 16,1% obèses; Femmes: 41,4% dont 17,6% obèses (2006)	ND	ObEpi (TNS-SOFRES)	Hommes: 48,8% dont 11,4% obèses; Femmes: 35% dont 11,3% obèses (2003)	Hommes: 52,4% dont 13,9% obèses; Femmes: 41,1% dont 15,1% obèses (2009)	DREES (2009) Fiche de synthèse ObEpi Roche (2009)	Nutrition

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
006	*Concentration urinaire médiane en iode dans la population générale*	P	ENNS	médiane 136 µg/l 20e perc 72 µg/l (2006)	ND	ND	ND	ND	DREES (2009) Fiche de synthèse	Nutrition
006	*Concentration urinaire médiane en iode des femmes enceintes*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Nutrition
006	*Proportion de personnes hospitalisées pour pathologies thyroïdiennes non cancéreuses*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Nutrition
006	*Apports en iode chez les nourrissons*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Nutrition
007	*Prévalence de l'anémie ferriprive chez les enfants âgés de : 6 mois à 2 ans ; 2 à 4 ans*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Nutrition
007	*Prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes de 15 à 49 ans*	P	ENNS	3% (2006)	ND	ND	ND	ND	DREES (2009)	Nutrition
007	*Prévalence des insuffisances d'apports en fer*	Cp	INCA-2	31,5%, dont 13% apports <0,5ANC (2006)	ND	ND	ND	ND		Nutrition
007	*Proportion de femmes enceintes pour lesquelles il y a eu remboursement d'un hémogramme*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Nutrition
007	*Proportion de femmes enceintes pour lesquelles il y a eu remboursement de supplémentation ferrique au cours de la grossesse*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Nutrition
008	*Nombre (et taux) d'hospitalisations en MCO pour rachitisme carentiel*	P	PMSI	35, soit taux brut $0,18*10^{-5}$journées d'hospitalisation et taux standardisé $0,18*10^{-5}$ (2004)	37, soit taux brut $0,19*10^{-5}$journées d'hospitalisation et taux standardisé $0,20*10^{-5}$ (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DRESS (2007), DREES (2006)	Nutrition
009	*Proportion de personnes interrogées qui déclarent comme activité physique au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour*	P	ENNS	63 % (2006)	ND	Baromètre Santé (2005) Baromètre santé nutrition (2008)	79 %(2005)	67% (2008)	DREES (2008)	Nutrition
009	*Proportion de personnes interrogées qui déclarent avoir pratiqué une activité physique la veille (marche à pied ou activité sportive)*	Cp	Baromètre Santé	81% (2005)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Nutrition

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
010	*Proportion de personnes déclarant consommer moins de 3,5 portions de fruits ou légumes par jour*	P	ENNS	Adultes: 35% (2006)	ND	INCA-2	adultes: 33,7%	ND	Rapport thématique	Nutrition
010	*Proportions de personnes déclarant avoir consommé moins de 5, et moins de 3, portions de fruits ou légumes la veille*	Cp	Baromètre Santé-nutrition	Moins de 5 Hommes: 92,3%, Femmes: 87,3%; Moins de 3 Hommes: 80,9%, Femmes: 71,2% (2002)	Moins de 5 Hommes: 89,3%, Femmes: 87,0%; (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Nutrition
010	*Achats de fruits et légumes par an et par personne*	Cp	Comptabilité Nationale	62,1Kg (2003)	63,1Kg (2007)	ND	ND	ND	DRESS (2009), DREES (2006)	Nutrition
011	*Consommation de sel moyenne dans la population*	P	INCA	8,1g/j (1999)	7,5 g/j (2007)	ENNS	8,4g/j (2006)	ND	DREES (2009)	Nutrition
012	*Prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité en grande section de maternelle*	P	Enquête en milieu scolaire (Education Nationale)	14,4% en surcharge et 3,9% d'obésité (2000)	12,1% en surcharge et 3,1% d'obésité (2006)	ENNS	18% surcharge et 3% obésité entre 3 et 17 ans (2006)	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Nutrition
012	*Prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité en CM2*	P	Enquête Santé des élèves (Education Nationale)	19,9%en surcharge, dont 4,1% d'obèses (2001-02)	19,7% en surcharge dont 3,7% d'obèses (2004-05)				DREES (2008), DREES (2006)	Nutrition
012	*Prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité des élèves de troisième*	P	Enquête Santé des élèves (Education Nationale)	15,7% en surcharge dont 3,3% d'obèses (2000-2001)	16,8% en surcharge dont 4,4% d'obèses (2004)				DREES (2008), DREES (2006)	Nutrition
012	*Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des adolescents de 17 ans*	Cp	ESCAPAD (OFDT)	5,8% en sucharge, dont 1,1% d'obèses (2003)	ND				DREES (2008), DREES (2006)	Nutrition
012	*Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité en CE1 et CE2*	Cp	Enquête Santé des élèves (Education Nationale)	18,1% en surcharge dont 3,8% obèses (2000)	18,4% de surcharge dont 3,8% obèses (2007)				DREES (2008), DREES (2006)	Nutrition

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
013	*Incidence des anomalies de fermeture du tube neural*	P	Données groupées des registres de malformations congénitales	10,2AFTN/10000 naissances ou ITG (2002-2006)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Nutrition
013	*Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans pour lesquels les apports en folates sont inférieurs aux ANC*	Cp	INCA-2	75% <100% des ANC 29<2/3 ANC 8%<50%ANC (2007)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Nutrition
013	*Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans pour lesquelles les folates sanguins sont inférieurs aux valeurs normales*	Cp	ENNS	6,8% des 18-74 ans non ménopausées, soit 8,0% 18-39 ans et 5,4% >40 ans non ménopausées (2006)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Nutrition
013	*Proportion de femmes enceintes ayant eu un traitement par folates*	Cp	Medicam	20% (2007)	ND	ND	ND	ND	DREES (2009)	Nutrition
098	*Distribution des taux d'albumine sérique chez ls personnes de 70 à 75 ans vivant à domicile*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Nutrition
098	*Distribution des taux d'albumine sérique chez ls personnes de 75 ans et plus vivant en institution*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Nutrition
098	*Prévalence de la maigreur pathologique chez les personnes de 70 à 75 ans vivant à domicile*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Nutrition
098	*Prévalence de la maigreur pathologique chez les personnes de 75 ans et plus vivant en institution*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Nutrition
014	*Nombre d'accidents routiers mortels liés au travail (accidents de mission et accidents du trajet)*	P	CNAMTS et CMSA	Mission: 212, Trajet 497 (2003)	Mission: 149, Trajet: 377 (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2007), fiche de synthèse	Santé-Travail-Environnement
015	*Pourcentage de travailleurs exposés à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine*	P	SUMER	6,6% (2003)	ND	ND	ND	ND	DREES (2007)	Santé-Travail-Environnement
015	*Pourcentage de travailleurs déclarant être exposés à des postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail*	Cp	Enquête Conditions de Travail (DARES/INSEE)	37% (1998)	34% (2005)	ND	ND	ND	DREES (2008), (DREES 2006)	Santé-Travail-Environnement
015	*Incidence des syndromes du canal carpien attribuables à une activité professionnelle*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé-Travail-Environnement

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation

Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(°)	Valeur B(°) (annee1)	Valuer B(°) (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
016	*Pourcentage de travailleurs exposés à un bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 décibels plus de 20 heures par semaine*	P	SUMER	5,9% (2003)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
016	*Pourcentage de travailleurs déclarant être exposés à un bruit intense en milieu professionnel*	Cp	Enquête Conditions de Travail (DARES/INSEE)	3,5% (1998)	3,3% (2005)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
017	*Pourcentage de personnes exposées aux agents cancérogènes (cat 1 et 2) par branche professionnelle et par type de substance pour les 7principales substances cancérogènes.*	P	SUMER	6,3% (2003)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
018	*Proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie > 100 µg/l en population générale*	P	INSERM (RNSP)	2% (1995)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
018	*Nombre d'enfants dépistés pour le saturnisme par région, par ville*	Cp	SNSPE	10672 (2003)	11534 (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009) DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
018	*Proportion d'enfants ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l parmi les enfants dépistés*	Cp	SNSPE	6,7% (2003)	3,7% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Santé-Travail-Environnement
018	*Distribution des sources d'exposition : Habitat ancien dégradé ; Pollutions industrielles*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé-Travail-Environnement
019	*Pourcentage d'établissements scolaires et médico-sociaux ayant des taux de radon supérieurs à 400 Bq/m3 parmi ceux des 31 départements considérés comme « prioritaires »*	P	DGS/DDASS	11,4% (2000)	21% (2008)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
019	*Taux de couverture du programme de détection : pourcentage d'établissements où les mesures de radon ont été faites dans un programme de détection parmi les établissements du département*	Cp	DGS/DDASS	1 département était exhaustif (Haute-Vienne) (2000)	En cours	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
019	*Impact du traitement sur les établissements : pourcentage d'établissements dont les taux de radon sont descendus au dessous des valeurs seuils parmi ceux qui ont été détectés avec des valeurs supérieures au seuil*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé-Travail-Environnement
020	*Concentrations moyennes annuelles en particules PM10 dans l'air ambiant*	P	ADEME-BDQA	20µg/m3 (2004)	23µg/m3 (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Santé-Travail-Environnement

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (°): Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
020	*Concentrations moyennes annuelles en particules NOx dans l'air ambiant*	P	ADEME-BDQA	25µg/m3 (2004)	22µg/m3 (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Santé-Travail-Environnement
020	*Concentrations moyennes annuelles en particules SO2 dans l'air ambiant*	P	ADEME-BDQA	4µg/m3 (2004)	2,2µg/m3 (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Santé-Travail-Environnement
020	*Concentrations moyennes annuelles en particules O3 dans l'air ambiant*	P	ADEME-BDQA	rurales nationales: 68,1 rurales régionales: 61,6 stations urbaines: 47,6 µg/m3 (2004)	rurales nationales: 66,5 rurales régionales: 60,0 stations urbaines: 48,1 µg/m3 (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008)	Santé-Travail-Environnement
020	*Fréquence de dépassement des seuils légaux pour le NO_2*	P	AASQA/MED D	Seuil d'information: 6; Seuil d'alerte: 0 (2005)	Seuil d'information: 11; Seuil d'alerte: 0 (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
020	*Fréquence de dépassement des seuils légaux pour le SO_2*	P	AASQA/MED D	Seuil d'information: 55; Seuil d'alerte: 6 (2005)	Seuil d'information: 35; Seuil d'alerte: 0 (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
020	*Fréquence de dépassement des seuils légaux pour l'O_3*	P	AASQA/MED D	Seuil d'information: 337; Seuil d'alerte: 3 (2005)	Seuil d'information: 36; Seuil d'alerte: 0 (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
020	*Nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires pour les polluants majeurs (NO2 et O3)*	P	ADEME-IFEN	Pour O3: entre 13 et 15,6 millions en (2004)	ND	ND	ND	ND		Santé-Travail-Environnement
020	*Évaluation de l'impact sanitaire à court terme dans les villes de plus de 100 000 habitants où les niveaux d'exposition aux polluants atmosphériques sont mesurés*	P	PSAS (InVS)	Pour tous les polluants 2786 décès au total dont 1097 décès par cause Cardio-vasculaire et 316 décès par cause respiratoire évitables sur la période, liés à un effet de court terme (1990-1997)	1500 décès évitables chez les 30 ans et plus, liés à l'exposition chronique aux $PM_{2,5}$ (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
021	*Concentrations moyennes annuelles en benzène et métaux lourds (plomb, cadmium, arsenic, nickel) dans l'air ambiant*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé-Travail-Environnement
021	*Agglomérations >250 000 habitants touchées par des dépassements de valeurs cibles pour des métaux toxiques (plomb) et des dépassements des valeurs réglementaires en benzène*	P	CITEPA	0 (2007)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Santé-Travail-Environnement

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation

Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
021	*Nombre de personnes exposées à des dépassements des valeurs cibles pour les métaux lourds et des dépassements des valeurs réglementaires pour le benzène dans les agglomérations supérieures à 250 000 habitants*	P	CITEPA	0 (2007)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Santé-Travail-Environnement
021	*Émission totale et sectorielles de Benzène*	P	CITEPA	66,3 kT dont 75% secteur résidentiel tertiaire, 17% transport routier. (2004)	54,9 kT, dont 75% secteur résidentiel tertiaire, 15% transport routier. (2006)	ND	ND	ND	DREES (2008)	Santé-Travail-Environnement
021	*Émission totale et sectorielles de Chlorures de vinyle*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Santé-Travail-Environnement
021	*Émission totale et sectorielles de Dioxines*	P	CITEPA	300gITEQ (2004)	127gITEQ, dont 33% par le traitement des déchets et 33% dans la métallurgie (2006).	ND	ND	ND	DREES (2008)	Santé-Travail-Environnement
021	*Émission totale et sectorielles de plomb*	P	CITEPA	142T (2004)	127T, dont 66% par l'industrie manufacturière (2006)	ND	ND	ND	DREES (2008)	Santé-Travail-Environnement
021	*Émission totale et sectorielles de cadmium*	P	CITEPA	6,7T (2004)	4,6T, dont 76% par l'industrie manufacturière (2006)	ND	ND	ND	DREES (2008)	Santé-Travail-Environnement
021	*Émission totale et sectorielles de mercure*	P	CITEPA	8,6T (2004)	7,9T, principalement par la production d'énergie et l'industrie manufacturière (2006)	ND	ND	ND	DREES (2008)	Santé-Travail-Environnement
022	*Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques*	P	SISE-Eaux	5% (2004)	3,8% (2008)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
022	*Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les pesticides*	P	SISE-Eaux	6,8% (2004)	8,1% (2008)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
023	*Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone*	P	Cépi-Dc	77 décès; taux brut: 0,13/1000hab, taux standardisé: 0,11/100000hab. (2002)	85 décès; taux brut: 0,14/1000hab, taux standardisé: 0,12/100000hab. (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
024	*Pas d'indicateur défini*									Santé-Travail-Environnement
025	*Nombre de nouveaux cas de légionelloses ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire*	P	InVS (MDO)	1527, soit 2,5 cas/100.000hab (2005)	1244, soit 2,0 cas/100.000hab (2008)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
025	*Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par légionellose*	Cp	Cépi-Dc	65 décès (2002)	101 décès (2005)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
025	*Qualité de l'eau et présence de légionelles dans les domiciles privés*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Santé-Travail-Environnement
094	*Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route*	P	ONISR	Métropole: 87*10^{-6}Hab; DOM: 122*10^{-6}Hab (2005)	Métropole: 68,8*10^{-6}Hab; DOM: 91,8*10^{-6}Hab (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Traumatismes, violence routière
094	*Taux de mortalité après accident de la route*	Cp	Cépi-Dc	ND; Nombre de décès: 7200 (2002)	ND; Nombre de décès: 4708 (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Traumatismes, violence routière
094	*Taux d'hospitalisation de 6 jours ou plus après un accident de la route*	Cp	ONISR	16% des blessés ; Nombre: 17435 (2004)	ND	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Traumatismes, violence routière
094	*Fréquence des traumatismes responsables d'au moins une lésion IIS>=3 (séquelles graves)*	Cp	Registre du Rhône	taux 51*10^{-6} Hab (1995-2002)	Taux: 53*10^{-6} Hab; (2002-2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Traumatismes, violence routière
026	*Densité d'incidence par jour d'hospitalisation des évènements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé*	P	ENEIS	6,6*10^{-3} journées d'hospitalisation, dont 4,4*10^{-3} pour acte invasif, 1,87*10^{-3} due aux produits de santé et 1,6*10^{-3} en rapport avec des infections. (2004)	ND	ND	ND	ND	DREES (2007), DREES (2006), fiche de synthèse	Risques liés aux soins
026	*Incidence des infections du site opératoire*	P	ISO-RAISIN	1,46/100 patients opérés (1999-2005)	1,16/100 patients opérés (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2007), DREES (2006), fiche de synthèse	Risques liés aux soins
026	*Densité d'incidence des bactériémies nosocomiales / 1000 Journées en hospitalisation complète*	P	BN-RAISIN	0,45*10^{-3} journées d'hospitalisation (2004)	0,45*10^{-3} journées d'hospitalisation (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2007), DREES (2006), fiche de synthèse	Risques liés aux soins
026	*Prévalence des infections nosocomiales parmi les personnes hospitalisées un jour donné*	P	BN-RAISIN	4,61% (2001)	4,25% (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2007), DREES (2006), fiche de synthèse	Risques liés aux soins
026	*Nombres et taux de décès - par infections nosocomiales - dans les GHM à faibles taux de mortalité*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Risques liés aux soins

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
027	*Fréquence et proportion des admissions hospitalières pour effets indésirables graves médicamenteux*	P	CRPV	spécialités médicales: 3,19% (1998)	spécialités médicales: 3,6% (2007)	ENEIS	médecine+ chirurgie: 1,6% médecine 2,75% (2004)	ND	DREES (2008), fiche de synthèse	Risques liés aux soins
027	*Nombre et pourcentage de feuilles de soins comportant une association médicamenteuse formellement contre-indiquée*	Cp	ENEIS	Nombre: ND; 1,9/1000 ordonnances	ND	ND	ND	ND	fiche de synthèse	Risques liés aux soins
027	*Données des déclarations, des vigilances, assurantielles*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Risques liés aux soins
027	*Nombre et taux de décès ayant la iatrogénie médicamenteuse comme cause principale*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Risques liés aux soins
028	*Densité d'incidence des EIG évitables liés aux soins en cours d'hospitalisation*	P	ENEIS	2,3/1000 journées d'hospitalisation, actes invasifs:1,4/1000 journées, médicaments 0,5/1000 (2004)	ND	ND	ND	ND		Risques liés aux soins
028	*Proportion d'évènements évitables parmi les EIG liés aux soins en cours d'hospitalisation*	P	ENEIS	35,9% (2004)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Risques liés aux soins
028	*Proportion d'hospitalisations causées par un EIG évitable parmi les hospitalisation causées par un EIG lié aux soins ;*	P	ENEIS	46,4% (2004)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Risques liés aux soins
028	*Données de déclaration, de vigilance, assurantielles*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Risques liés aux soins
028	*Taux de décès ayant la iatrogénie comme cause*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Risques liés aux soins
029	*Pas d'indicateur défini*									Risques liés aux soins
100	*Pas d'indicateur défini*									Risques liés aux soins
030	*Taux d'incidence des infections à SARM pour 1000 journées d'hospitalisation et taux d'attaque pour 100 hospitalisations MCO*	P	BMR-RAISIN	Densité d'incidence: 0,72/1000JH (2003)	Densité d'incidence: 0,54/1000JH (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), fiche de synthèse	Maladies Infectieuses
030	*Taux d'incidence des infections communautaires graves (méningites, bactériémies) à pneumocoques résistants*	P	BMR-RAISIN	$5,2*10^{-6}$Hab (2003)	$4,2*10^{-6}$Hab (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Maladies Infectieuses
030	*Proportion de souches de S. Pneumoniae ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G et proportions de souches résistantes à la pénicilline G, l'érythromycine, les fluoroquinolones*	Cp	CNR Pneumocoques	Pénicilline (I+R): 42,9%; érythromycine (I+R): 47,4%; Fluoroquinolones (I+R): 1,7% (2003)	Pénicilline (I+R): 31,9%; érythromycine (I+R): 34,9%; Fluoroquinolones (I+R): 1,5% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Maladies Infectieuses

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation

Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
030	*Proportion de souches hospitalières de S. aureus résistantes à la méticilline*	Cp	BMR-RAISIN	28,7% (2004)	26,0% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), fiche de synthèse	Maladies Infectieuses
030	*Prévalence des infections à SARM parmi les personnes hospitalisées un jour donné*	Cp	Enquêtes Nationales de Prévalence	0,49% (2001)	0,29% (2006)	Enquête nationale tous étbts	0,39/100 patients (2006)	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
030	*Consommations d'antibiotiques en santé humaine : Ventes (DDD par jour pour 1 000 habitants)*	Cp	Afssaps	28,9doses /1000Hab/j (2003)	28,6doses /1000Hab/j (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Maladies Infectieuses
030	*Consommations d'antibiotiques en santé humaine : prescriptions communautaires*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Maladies Infectieuses
036	*Incidence cumulée des cas déclarés de sida*	P	InVS (MDO)	$2,5*10^{-5}$ (2004)	$2,0*10^{-5}$ (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Maladies Infectieuses
036	*Incidence des nouveaux diagnostics déclarés d'infection à VIH chez l'adulte*	P	InVS (MDO)	Nombre: 7000 (2004)	Nombre: 6500, soit 103 cas*10^{-6} Hab (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Maladies Infectieuses
036	*Proportion de personnes diagnostiquées au stade sida non dépistées auparavant*	Cp	InVS (MDO)	45% (2004)	51% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Maladies Infectieuses
036	*Proportion de personnes diagnostiquées au stade sida non traitées auparavant (séropositivité connue)*	Cp	InVS (MDO)	54% (2004)	60% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Maladies Infectieuses
036	*Proportion d'infections récentes (≤ 6 mois) parmi les infections à VIH*	Cp	InVS (MDO)	23% (2004)	29% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Maladies Infectieuses
037	*Nombre et taux de décès associés à une hépatite chronique par le VHC*	P	Cépi-DC	Associés 3618, soit $6,1*10^{-5}$Hab; Imputables 2646, soit $4,5*10^{-5}$Hab (2001)	ND	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
037	*Nombre et taux de décès associés à une hépatite chronique par le VHB*	P	Cépi-DC	Associés 1507, soit $2,6*10^{-5}$Hab; Imputables 1327, soit $2,2*10^{-5}$Hab (2001)	ND	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
037	*Nombre de patients admis en ALD n° 6 pour hépatite chronique B ou C*	Cp	Données ALD des 3 régimes AM	12302 (2004)	11706 (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
038	*Incidence cumulée des cas déclarés de tuberculose*	P	InVS (MDO)	$9,2*10^{-5}$Hab (2004)	$8,9*10^{-5}$Hab (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Maladies Infectieuses
038	*Nombre et incidence cumulée de patients nouvellement admis en ALD n°29 pour tuberculose active*	Cp	Données ALD des 3 régimes AM	Nb: 5566, incidence non publiée (2003)	Nb: 4623, incidence non publiée (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
038	*Nombre et incidence cumulée de patients ayant été remboursés pour traitement anti-tuberculeux pendant une durée minimale*	Cp	CNAMTS	6471, soit $14,8*10^{-5}$Hab (2003)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Maladies Infectieuses

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(°)	Valeur B(°) (annee1)	Valuer B(°) (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
039	*Taux de vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans ou plus*	P	CNAMTS	64% (2004-05)	64% (2007-08)	TNS-SOFRES	68% (2004-05)	69% (2007-2008)	DREES (2009), DREES (2006)	Maladies Infectieuses
039	*Taux de vaccination contre la grippe des personnes de moins de 65 ans ayant une des ALD donnant lieu à une prise en charge à 100% de la vaccination*	P	CNAMTS	50,8% (2004-05)	48,4% (2007-08)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
039	*Proportion de professionnels du secteur sanitaire ou social déclarant avoir été vaccinés contre la grippe dans l'année*	Cp	TNS-SOFRES	MG:66%, IDE:31%, Maisons de retraite: 38%, Urgences: 29% (2004-05)	ND	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
040	*Taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales*	P	Cépi-Dc	<1an: 2,9*10^{-5} Hab; 65-74ans: 2,6*10^{-5} Hab; 75-84ans: 7,3*10^{-5} Hab; >85ans: 36,8*10^{-5} Hab (2004)	<1an: 2,2*10^{-5} Hab; 65-74ans: 1,8*10^{-5} Hab; 75-84ans: 7,3*10^{-5} Hab; >85ans: 31,8*10^{-5} Hab (2006)	Rapport de définition des indicateurs de suivi de l'atteinte des objectifs	<1an: 3,4*10^{-5} Hab; 65-74ans: 1,65*10^{-5} Hab; 75-84ans: 6,8*10^{-5} Hab; 85-94ans: 25,1,8*10^{-5} Hab et >102,9*10-5 Hab	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
041	*Nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire actif au sein du réseau de laboratoires volontaires RENAGO*	Cp	InVS	2,48 (2004)	3,3 (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
041	*Nombre de personnes ayant un diagnostic de syphilis récente (syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) dans les centres volontaires de référence*	Cp	InVS	402 (2004)	599 (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
041	*Nombre de boîtes d'Extencilline (2,4 MU) vendues*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Maladies Infectieuses
041	*Nombre annuel de diagnostics microbiologiques d'infection à chlamydiae trachomatis au sein du réseau de laboratoires volontaires RENACHLA*	Cp	InVS	Hommes: 12/laboratoire/an; Femmes: 23/laboratoire/an (2004)	Hommes: 17/laboratoire/an; Femmes: 34/laboratoire/an (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies Infectieuses
041	*Prévalence des sérologies positives à HSV1 et HSV 2*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Maladies Infectieuses
042	*Couverture vaccinale des enfants de 24 mois : Diphtérie tétanos poliomyélite*	P	CS24 (DREES)	DT: 90,0%; Polyo: 89,9% (2004)	DTCP>95% (2005)	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies Infectieuses
042	*Couverture vaccinale des enfants de 24 mois : Coqueluche*	P	CS24 (DREES)	89,6% (2004)		ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies Infectieuses
042	*Couverture vaccinale des enfants de 24 mois : Hémophilus influenzae b*	P	CS24 (DREES)	87,0% (2004)	85% (2005)	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies Infectieuses
042	*Couverture vaccinale des enfants de 24 mois : Hépatite B (3 injections)*	P	CS24 (DREES)	29,0% (2004)	35,1% (2005)	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies Infectieuses

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (°): Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
042	*Couverture BCG chez enfants 2-7 mois*		CS24 (DREES)		45%(2008)				DREES (2009)	
042	*Couverture vaccinale des enfants de 24 mois : ROR*	P	CS24 (DREES)	Rougeole: 87,0%; Oreillons: 86,8%; Rubéole: 86,8% (2004)	Rougeole: 87,2%; Oreillons: 87,0%; Rubéole: 87,0% (2005)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
042	*Couverture vaccinale des enfants de 5-6 ans : BCG*	P	Enquêtes triennales santé des élèves (éducation nationale)	99% (2002)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Maladies Infectieuses
042	*Couverture vaccinale des enfants de 5-6 ans : ROR*	P	Enquêtes triennales santé des élèves (éducation nationale)	95% (2002)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Maladies Infectieuses
042	*Couverture vaccinale des adolescents : Vaccination DT poliomyélite des élèves de troisième à jour (6 doses)*	P	Enquêtes triennales santé des élèves (éducation nationale)	80,5% (2003-04)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies Infectieuses
042	*Couverture vaccinale des adolescents : Vaccination coqueluche des élèves de troisième à jour (5 doses)*	P	Enquêtes triennales santé des élèves (éducation nationale)	57,4% (2003-04)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies Infectieuses
042	*Couverture vaccinale des adolescents : Vaccination ROR des élèves de troisième (2 doses)*	P	Enquêtes triennales santé des élèves (éducation nationale)	Rougeole: 65,7%; Oreillons: 61,1%; Rubéole: 65,5% (2003-04)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies Infectieuses
042	*Couverture vaccinale des adolescents : Vaccination hépatite B complète des élèves de troisième*	P	Enquêtes triennales santé des élèves (éducation nationale)	42,4% (2003-04)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies Infectieuses

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation

Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
042	*Couverture vaccinale déclarée par les adultes : Rappel tétanos au cours des dix dernières années*	P	ESPS (IRDES)	69% (2002)	62,3% (?)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
042	*Couverture vaccinale déclarée par les adultes : Rappel poliomyélite au cours des dix dernières années*	P	ESPS (IRDES)	53% (2002)	36,1% (?)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
042	*Couverture vaccinale (polio et tétanos) des adultes examinés en consultation de prévention*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Maladies Infectieuses
042	*Ventes des différents vaccins aux officines, dispensaires et hôpitaux*	Cp	GERS	Variation 2004-2008: BCG: -78%; DTCP (enfant): +5%; HiB: +20%; Pneumocoque heptavalent: +88%; HepB (enfant): +82%; Oreillons: +7%; Rougeole: +7%; Rubéole: +6%; DTP (enfant): -10%; dTP (adulte): -25%; dTcaP (adulte): +275%		ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies Infectieuses
043	*Pas d'indicateur défini*				ND					Maladies Infectieuses
054	*Proportions de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins trois remboursements pour dosage de l'hémoglobine glyquée (et au moins 2)*	P	ENTRED estimation basse (données de remboursement uniquement) /	≥3: 29,9 / 36,1%; ≥2: 52,5 / 56,2% (2001)	≥3: 38,4 / 46,1%; ≥2: 64,6 / 69,3% (2007)	ERASME estimation basse (données CNAMTS)	≥3: 36,2%; ≥2: 60,6% (2005)	≥3: 36,8%; ≥2: 61,7% (2006)	DREES (2008)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
054	*Proportions de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage du cholestérol (ou bilan lipidique)*	P		62,2 / 69,4% (2001)	70,8 / 75,2% (2007)		67,2% (2005)	68,1% (2006)	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
054	*Proportions de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage de la créatininémie*	P		71,3 / 77,6% (2001)	79,7 / 82% (2007)		75,0% (2005)	76,8% (2006)	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
054	*Proportions de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage de microalbuminurie*	P		17,7 / 31,7% (2001)	26,0 / 35,8% (2007)		24,7% (2005)	25,6% (2006)	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation

Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
054	*Proportions de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement d'ECG (ou consultation de cardiologie)*	P	haute (incluant séjours hospitaliers)	29,8 / 44,9% (2001)	34,4 / 41,9% (2007)		32,8% (2005)	33,7% (2006)	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
054	*Proportions de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement pour dosage des triglycérides (ou bilan lipidique)*	P		62,0 / 69,1% (2001)	71,1 / 75,5% (2007)		67,4% (2005)	68,4% (2006)	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
054	*Proportions de personnes diabétiques ayant eu dans l'année au moins un remboursement de consultation ophtalmologique (ou rétinographie)*	P		43,0 / 52,5% (2001)	44,1 / 51,0% (2007)		43,3% (2005)	43,7% (2006)	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
054	*Prévalence du diabète*	Cp	CNAMTS	Diabète traité (médicaments ou insuline): 2,7% (France Métropolitaine 2000)	3,6% France Métro (2005) ; France entière : 3,95% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
055	*Prévalence et incidence de cécité chez les personnes présentant un diabète*	P	ENTRED	Prévalence (selon): Patients: ND, Médecins: 1,4%; Incidence (selon): Patients: ND, Médecins: 0,3% (2001)	Prévalence (selon): Patients: ND, Médecins: 0,4%; Incidence (selon): Patients: ND, Médecins: 0,1% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
055	*Prévalence et incidence d'infarctus du myocarde chez les personnes présentant un diabète*	P	ENTRED	IDM ou angor: Prévalence (selon): Patients: 15,3%, Médecins: ND; Incidence (selon): Patients: 1,9%, Médecins: 0,8 (2001)	IDM ou angor ou revascularisation coronaire : Prévalence (selon): Patients: 20,0%, Médecins: 16,5%; Incidence (selon): Patients: ND, Médecins: 4,0% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
055	*Prévalence et incidence d'amputations chez les personnes présentant un diabète*	P	ENTRED	Membre inférieur uniquement: Prévalence (selon): Patients: 1,4%, Médecins: 1,0%; Incidence (selon): Patients: 0,3%, Médecins: 0,2% (2001)	Membre inférieur uniquement: Prévalence (selon): Patients: 1,5%, Médecins: 0,8%; Incidence (selon): Patients: ND, Médecins: 0,4% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation

Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
055	*Prévalence et incidence de l'insuffisance rénale chronique chez les personnes présentant un diabète*	P	ENTRED	IRC: ND; Dialyse ou greffe rénale: Prévalence (selon): Patients: 0,5%, Médecins: 0,5%; Incidence (selon): Patients: 0,2%, Médecins: 0,1% (2001)	IRC: ND; Dialyse ou greffe rénale: Prévalence (selon): Patients: 0,3%, Médecins: 0,3%; Incidence (selon): Patients: ND, Médecins: 0,1% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
055	*Prévalence et incidence du mal perforant plantaire chez les personnes présentant un diabète*	P	ENTRED	Prévalence (selon): Patients: 6,0%, Médecins: 1,5%; Incidence (selon): Patients: 2,7%, Médecins: 0,6% (2001)	Prévalence (selon): Patients: 10,1%, Médecins: 2,3%; Incidence (selon): Patients: ND, Médecins: 0,9% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
055	*Hospitalisations de personnes diabétiques pour amputation*	P	PMSI	Personnes: 7955, Tx brut: $378*10^{-5}$ diabétiques; tx standardisé: $139*10^{-5}$ diabétiques; Séjours: 9508 (2003)	Personnes: 9 236, Tx brut: $376*10^{-5}$ diabétiques; tx standardisé: $136*10^{-5}$ diabétiques; Séjours: 11 442 (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
055	*Hospitalisations de personnes diabétiques pour infarctus du myocarde*	P	ND	ND	Personnes: 12600, Tx brut: $512*10^{-5}$ diabétiques; tx standardisé: $208*10^{-5}$ diabétiques; Séjours: 1166 (2006)	ND	ND	ND	DREES 2009	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
055	*Hospitalisations de personnes diabétiques pour plaie du pied*	P	PMSI	Séjours: 18900, Tx brut: $30,6*10^{-5}$ Hab, Tx standardisé: $25,5*10^{-5}$ Hab (2003)	Séjours: 24 700 Tx brut: $38,8*10^{-5}$ Hab, Tx standardisé: $29,9*10^{-5}$ Hab (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
055	*Nombre de patients diabétiques entrant en insuffisance rénale chronique terminale*	P	REIN	1507 pour les 13 régions couvertes; estimation France entière: 2670; Tx incidence brute IRCT+diabète : 44 / 1 million pers (2005)	2217 pour les 16 régions couvertes; estimation France entière: 2900; Tx incidence brute IRCT+diabète : 47 / 1 million pers (2006)	ENTRED	Selon patients: $200*10^{-5}$ diabétiques; selon médecins: $120*10^{-5}$ diabétiques (2001)	ND	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
055	*Nombres et taux de décès ayant pour cause un diabète et âge moyen au décès*	Cp	Cépi-Dc	Nombre: 29 357 (causes multiples) et 11 203 (cause initiale), Tx brut et standardisé pour causes multiples: 49,2*10^{-5} Hab, 31,7*10^{-5} Hab, âge moyen: 78 ans (2002)	Nombre: 32 156 (causes multiples) et 11 498 (cause initiale), Tx brut et standardisé pour causes multiples: 50,7*10^{-5} Hab, 30,8*10^{-5} Hab, âge moyen: 78 ans (2006)	ND	ND	ND	DREES (2007 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
055	*Traitement laser ophtalmologique*	Cp	ENTRED	entre 90000-290000/2millions personnes diabétiques traitées (2001)	17,2% selon les patients 4,6% selon les médecins (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008 et 2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
069	*Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique*	P	Cépi-Dc	Hommes: Nombre: 24256, tx standardisé: 69,9/10^{-5} Hab; Femmes: Nombre: 19321, tx standardisé 28,3*10^{-5} Hab (2002)	Hommes: Nombre: 22 012, tx standardisé: 57,1/10^{-5} Hab; Femmes: Nombre: 16 794, tx standardisé 22,4*10^{-5} Hab (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
069	*Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire (diagnostic initial ou associé)*	P	Cépi-Dc	Nombre: 5757, taux standardisé: 6,0*10^{-5} Hab (2002)	Nombre: 5 065 décès taux standardisé: 4,9*10 5 (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
069	*Taux d'incidence national annuel (estimé) des cardiopathies ischémiques*	Cp	MONICA 1996 / MONA LISA 2006	ND	ND	ND	ND	ND		Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
069	*Nombre et taux de séjours hospitaliers en MCO pour cardiopathie ischémique*	Cp	PMSI	Séjours: 315800, taux brut: 507,2*10^{-5} Hab; Personnes: 215570, taux brut 345,2*10^{-5} Hab (2004)	Séjours: 319900, taux brut: 506,3*10^{-5} Hab; Personnes: 221373, taux brut 274,8*10^{-5} Hab (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
070	*Taux sanguin moyen de LDL cholestérol en population adulte*	P	ENNS	1,28 g/l (2006)	ND	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
070	*Taux sanguin moyen de cholestérol total en population adulte*	P	ENNS	2,08 g/l (2006)	ND	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
070	*Hypercholestérolémies (LDL) (dont traitées équilibrées et non équilibrées)*	Cp	ENNS	18,9% des 18-74 ans >1,6g/L et 12,2% traités(2006)	ND	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation

Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
070	*Proportion d'adultes ayant eu une prescription d'hypolipémiant dans l'année*	Cp	CNAMTS	15,1% assurés (2005)	15,5% remboursés (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
071	*Pression artérielle systolique et diastolique moyenne mesurée en population adulte*	P	ENNS	18-74 ans. PAS: Ensemble: 123,6mmHg, Hommes: 128,7mmHg, Femmes: 118,5mmHg; PAD: Ensemble: 77,8mmHg, Hommes: 79,3mmHg, Femmes: 76,2mmHg (2006)	ND	Mona Lisa	35-74 ans. PAS: Ensemble: ND, Hommes: 136,7mmHg, Femmes: 127,9mmHg; PAD: Ensemble: ND, Hommes: 83,2mmHg, Femmes: 78,6mmHg (2007)	ND	DREES (2008)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
071	*Prévalence de l'hypertension artérielle (non traités/ traités (équilibrés/ non équilibrés))*	Cp	ENNS	Prévalence: 31%. Traités: 82%, dont 50,9% équilibrés (2006)	ND	Mona Lisa	Hommes: 47,2%, Femmes: 34,9% (2007)	ND	DREES (2008)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
072	*Taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux (AVC)*	P	Registre des AVC (Dijon)	Tx standardisé: $99,1*10^{-5}$ Hab (2000-2004)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
072	*Nombre et taux de séjours hospitaliers en MCO pour accidents vasculaires cérébraux*	P	PMSI	Séjours. Nombre: 121000, tx brut: $195,9*10^{-5}$ Hab, tx standardisé: $108,7*10^{-5}$ Hab; Personnes: ND (2003)	Séjours. Nombre: 99 165, tx brut: $156,5*10^{-5}$ Hab, tx standardisé: $105,7*10^{-5}$ Hab; Personnes: ND (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
072	*Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par maladies cérébro-vasculaires (AVC)*	Cp	Cépi-Dc	Nombre: 36701, tx stand: $36,7*10^{-5}$ Hab population européenne (2002)	Nombre: 32 652, tx stand: $29,5*10^{-5}$ Hab population européenne (2006)	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
072	*Fréquence et sévérité des séquelles fonctionnelles et des incapacités dans les suites d'un AVC*	Cp	Registre des AVC (Dijon)	D'après le score de Rankin. Pas de séquelles: 37%, Handicap léger: 21%, Incapacité de marcher sans aide: 42% (2000-2004)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
073	*Nombre et taux de séjours hospitaliers en court séjour pour insuffisance cardiaque*	P	PMSI	Séjours. Nombre: 171100, tx brut: $274,9*10^{-5}$ Hab, tx standardisé: $175,5*10^{-5}$ Hab (2004)	Séjours. Nombre: 187 200, tx brut: $296,3*10^{-5}$ Hab, tx standardisé: $182,2*10^{-5}$ Hab (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation

Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
073	*Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par insuffisance cardiaque*	P	Cépi-Dc	Nombre: 20764, tx brut: 34,2*10^{-5} Hab, tx standardisé: 19,2*10^{-5} Hab (2004)	Nombre: 21 011, tx brut: 34,2*10^{-5} Hab, tx standardisé: 17,6*10^{-5} Hab (2006)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
080	*Nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 (Code CIM10 N18.0)*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
080	*Incidence estimée à partir du nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse et du nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe préemptive*	P	REIN	4 régions: nb 1293, tx standardisé: 128,2*10^{-6} Hab (2002)	16 régions: nb 7196, tx standardisé: 139*10^{-6}Hab (2007)	ND	ND	ND	DREES (2007), DREES (2006)	Maladies cardio-vasculaires et métaboliques
048	*Incidence du cancer du col de l'utérus*	P	FRANCIM (estimations)	Tx standardisé sur la population mondiale: 7,8*10^{-5} Hab (2000)	Tx standardisé sur la population mondiale: 7,1*10^{-5} Hab (2005)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Cancer
048	*Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-vaginal entre 25 et 65 ans*	P	CNAMTS	53,6% (1998-2000)	57%(2004-2006)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Cancer
048	*Proportion de tests HPV prescrits conformément aux recommandations de bonnes pratiques*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Cancer
048	*Nombre annuel de frottis réalisés en médecine libérale chez les femmes de 25 à 65 ans*	Cp	CNAMTS	4 546 924 (2003)	4706384 (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Cancer
048	*Proportion de femmes de 25 à 65 ans déclarant avoir eu un frottis du col de l'utérus dans les trois années précédentes (date déclarée du dernier frottis)*	Cp	Baromètre cancer	81% (2005)	ND	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Cancer
049	*Proportion de patients enregistrés dans le cadre d'une réunion de concertation multidisciplinaire*	P	Réseaux régionaux de cancérologie	277 416 comptes-rendus de RCP (2006)	465 564 dossiers de malades en RCP (2007)	ND	ND	ND	DRESS (2008)	Cancer
049	*Survie relative à 5 ans (et à 10 ans) par type de cancer*	P	FRANCIM (estimations)	à 5 ans: 50% ensemble des cancers	ND	ND	ND	ND	DRESS (2008)	Cancer
050	*Stades au diagnostic pour le dépistage organisé*	P	InVS	13,6% ca in situ, ca invasifs: ≤10mm: 37,0%; sans atteinte ganglionnaire: 74,7% (2003)	13,8% ca in situ, ca invasifs ≤10mm: 37,0%; sans atteinte ganglionnaire: 71,4% (2005)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Cancer
050	*Taux de couverture du dépistage organisé ou spontané du cancer du sein*	P	EGB CNAMTS	49,8% (2004-2005)	60,6% (2006-2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Cancer
050	*Taux de participation au programme de dépistage organisé*	Cp	InVS	40,2% (2004)	52,5% (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Cancer

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(°)	Valeur B(°) (annee1)	Valuer B(°) (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
050	*Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes (dépistage organisé et spontané)*	Cp	ESPS (IRDES)	70% (2002)	80% (2006)	Baromètre Santé	88% (2000)	96% (2005)	DREES (2009), DREES (2006)	Cancer
051	*Proportion de mélanomes dépistés à un stade précoce (Indice de Breslow)*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Cancer
052	*Pas d'indicateur défini*									Cancer
053	*Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal*	P	INVS	42% (2006)	ND					Cancer
074	*Nombre et taux d'hospitalisations annuels en MCO pour asthme*	P	PMSI	Nombre: 51256; tx standardisé (pop française 1999): 8,7*10^{-4} Hab (2002)	Nombre: 51680; tx standardisé (pop française 1999): 8,4*10^{-4} Hab (2007)	ND	ND	ND	fiche de synthèse, DREES (2006), DREES (2006)	Maladies respiratoires
074	*Proportion de patients hospitalisés plusieurs fois pour asthme parmi les personnes hospitalisées dans l'année pour asthme*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Maladies respiratoires
074	*Proportion d'enfants hospitalisés pour asthme dans les 12 mois précédents parmi les élèves asthmatiques de grande section de maternelle, de CM2, de troisième*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Maladies respiratoires
074	*Mortalité par asthme*	Cp	Cépi-Dc	Hommes: 2*10-5 Femmes: 1,8*10-5 (2000)	Hommes: 1*10-5 Femmes: 1*10-5 (2006)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Maladies respiratoires
075	*Pas d'indicateur défini*		ND	ND	ND	ND	ND	ND		Maladies respiratoires
082	*Taux de séjours hospitaliers pour fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans et plus (taux bruts et standardisés sur la population européenne de 65 ans et plus)*	P	PMSI	Taux brut: Femmes: 99,2*10^{-4} Hab, Hommes: 39,8*10^{-4} Hab; Tx standardisé (pop européenne): Femmes: 73,2*10^{-4} Hab, Hommes: 39,0*10^{-4} Hab (2003)	Taux brut: Femmes: 96,3*10^{-4} Hab, Hommes: 41,0*10^{-4} Hab; Tx standardisé (pop européenne): Femmes: 65,7*10^{-4} Hab, Hommes: 36,9*10^{-4} Hab (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Rhumatologie

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (°): Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(+)	Valeur B(+) (annee1)	Valuer B(+) (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
082	*Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus (taux bruts et standardisés sur la population européenne de 65 ans et plus)*	Cp	PMSI	Taux brut: Femmes: 95,3*10^{-4} Hab, Hommes: 38,0*10^{-4} Hab; Tx standardisé (pop européenne): Femmes: 70,1*10^{-4} Hab, Hommes: 37,1*10^{-4} Hab (2003)	Taux brut: Femmes: 90,6*10^{-4} Hab, Hommes: 38,5*10^{-4} Hab;Tx standardisé (pop européenne): Femmes: 61,8*10-4 Hab, Hommes: 34,6*10-4 Hab (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Rhumatologie
082	*Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile ou en institution*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie
083	*Limitations fonctionnelles des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie
083	*Restrictions d'activité des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie
083	*Nombre d'assurés sociaux de la CNAMTS atteints de polyarthrite rhumatoïde et mis en invalidité*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie
083	*Nombre (et taux) de patients nouvellement admis chaque année en ALD 22 pour polyarthrite rhumatoïde évolutive grave*	Cp	CNAMTS	Nombre: ND; taux: 19-35*10^{-5} Hab (2006)	ND	ND	ND	ND	fiche de synthèse	Rhumatologie
084	*Limitations fonctionnelles des personnes atteintes de spondylarthropathies*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie
084	*Restrictions d'activité des personnes atteintes de spondylarthropathies*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie
084	*Nombre d'assurés sociaux de la CNAMTS atteints de spondylarthropathies et mis en invalidité*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie
084	*Nombre (et taux) de patients nouvellement admis chaque année en ALD 27 pour spondylarthrite ankylosante grave*	Cp	CNAMTS	Nombre: ND; taux: 6-22*10-5 Hab (2006)	ND	ND	ND	ND	fiche de synthèse	Rhumatologie
085	*Proportion de patients souffrant d'arthrose périphérique et présentant des limitations de mobilité, des restrictions d'activité et/ ou une dépendance (selon localisations)*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (°): Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
085	*Proportion de personnes ayant déclaré avoir de l'arthrose périphérique et déclarant une limitation durable d'activité (selon localisations)*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie
085	*Taux de séjours hospitaliers pour arthroplasties de hanche ou de genou*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie
086	*Proportion de patients souffrant de lombalgie et présentant des limitations de mobilité , des restrictions d'activité et/ ou une dépendance (selon localisation)*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie
086	*Proportion de personnes ayant déclaré avoir des lombalgies et une limitation durable d'activité*	Cp	HID	Hommes: 7,9%; Femmes: 7,5%. (1998-2002)	ND	ND	ND	ND	fiche de synthèse	Rhumatologie
086	*Nombre de mises en invalidité pour lombalgie chronique*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie
087	*Score de qualité de vie (et sous scores—douleur) chez les patients atteints d'arthrose (selon localisation)*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie
087	*Complications des traitements médicamenteux de l'arthrose*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Rhumatologie
062	*Incidence de l'épilepsie grave de l'enfant*	Cp	Epi-VdM (INSERM)	Prévalence des épilepsies de l'enfant: 0,33%. Enfants en PAI: 4,35% des épileptiques. (2005-2006)	ND	ND	ND	ND	fiche de synthèse	Neurologie
062	*Taux de patients ayant bénéficié de remboursements de traitement(s) spécifique(s) de l' épilepsie*	Cp	RSI / Infocentre OCAPI	0,6% (2005)	0,62% (2006)	ND	ND	ND	fiche de synthèse	Neurologie
063	*Score de perte d'autonomie chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Neurologie
063	*Score de qualité de vie chez les proches de patients atteints de maladie d'Alzheimer*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Neurologie
064	*Score de perte d'autonomie chez les patients atteints de maladie de Parkinson*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Neurologie
065	*Limitations fonctionnelles des personnes atteintes de sclérose en plaque*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Neurologie
031	*% de femmes ayant eu une anesthésie péridurale lors d'un accouchement*	P	Enquête Nationale Périnatale (ENP)	Péridurale: 62,6%; Péridurale ou rachianesthésie: 74,2%. (2003)	ND	ND	ND	ND	DREES (2007)	Qualité de vie

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
031	*% de personnes dont la douleur est prise en charge de façon efficace en post-opératoire*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Qualité de vie
031	*% de personnes dont les douleurs par excès de nociception liées au cancer sont prises en charge de façon efficace*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Qualité de vie
031	*Prévalence des enfants qui déclarent une douleur supérieure à 3/10 ou dont le score d'hétéro évaluation est supérieur à 30% du score maximum au décours de la réalisation de gestes diagnostiques ou thérapeutiques potentiellement douloureux.*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Qualité de vie
031	*Prévalence des personnes déclarant avoir souffert d'une douleur physique difficile à supporter au cours des douze derniers mois ;*	Cp	Baromètre santé	Une fois: 8,7%; Plus d'une fois: 20,1%. (2000)	ND	ND	ND	ND	DREES (2007), fiche de synthèse	Qualité de vie
031	*Pourcentage de personnes déclarant que cette douleur a été prise en compte et soulagée rapidement par l'équipe soignante (douleurs à l'hôpital)*	Cp	Baromètre santé	75,7% soulagées rapidement; 12,4% soulagées avec du retard. (2000)	ND	ND	ND	ND	DREES (2007), fiche de synthèse	Qualité de vie
031	*Pourcentage de personnes satisfaites du traitement reçu parmi celles ayant consulté un médecin*	Cp	Baromètre santé	81,7% (2000)	ND	ND	ND	ND	DREES (2007), fiche de synthèse	Qualité de vie
031	*Consommation d'antalgiques en milieu ambulatoire*	Cp	CNAMTS (MEDICAM)	260*106 boîtes remboursées. (2002)	$342*10^6$ boîtes remboursées (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009)	Qualité de vie
032	*Prévalence des personnes déclarant une douleur physique d'intensité modérée, grande ou très grande au cours des 4 dernières semaines*	P	Enquête Santé (INSEE)	15 ans et plus: Femmes: 35%, Hommes: 25%; Ensemble: moins de 25 ans: 16%, 65-84ans: 50%, 85 ans et plus: 66%. (2002)	16 ans et plus: Femmes: 32%, Hommes: 24%; Ensemble: moins de 25 ans: 11%, 65-84ans: 50%, 85 ans et plus: 66%. (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009) DREES (2006)	Qualité de vie
032	*Prévalence des personnes qui déclarent que leurs douleurs physiques les ont limitées moyennement, beaucoup ou énormément dans leur travail ou leurs activités domestiques*	P	Enquête Santé (INSEE)	15 ans et plus: Femmes: 25%, Hommes: 18%; Ensemble: moins de 25 ans: 16%, 65-84ans: 50%, 85 ans et plus: 63%. (2002)	16 ans et plus: Femmes: 24%, Hommes: 18%; Ensemble: moins de 25 ans: 6%, 65-84ans: 42%, 85 ans et plus: 65%. (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009) DREES (2006)	Qualité de vie

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation

Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référence$^{\mu}$	Thème
032	*Prévalence de personnes déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes*	P	ESPS (IRDES)	15-24 ans: Hommes: 2,3%, Femmes: 3,7%; 25-64 ans : Hommes: 14,2%, Femmes: 20,0%; 65 ans et plus: Hommes 24,5%, Femmes: 35,3%. (2000)	15-24 ans: Hommes: 2,2%, Femmes: 3,1%; 25-64 ans : Hommes: 12,0%, Femmes: 17,8%; 65 ans et plus: Hommes 29,9%, Femmes: 42,9%. (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009) DREES (2006)	Qualité de vie
035	*Pas d'indicateur défini*									Qualité de vie
076	*Score de qualité de vie chez les patients atteints de MICI (Recto-colite hémorragique et maladie de Crohn)*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Qualité de vie
076	*Pourcentage de patients hospitalisés et, le cas échéant, durée totale moyenne annuelle de séjour*	Cp	PMSI	Nb de séjours pour MICI: 38400, avec stomie: 2,1%; Durée moyenne de séjour pour MICI: 5,3 jours, patients avec stomie: 25,4 jours. (2003)	Nb de séjours pour MICI: 46900, avec stomie: 2,4%; Durée moyenne de séjour pour MICI: 5,2 jours, patients avec stomie: 25,6 jours. (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Qualité de vie
076	*Interventions chirurgicales mutilantes*	Cp	PMSI	1% des personnes hospitalisées (2003)	0,9% des personnes hospitalisées (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Qualité de vie
076	*Traitements des poussées inflammatoires*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Qualité de vie
076	*Nombre (et taux) de patients nouvellement admis chaque année en ALD 24 pour rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn évolutives*	Cp	Données ALD des 3 régimes AM	Nombre: 84200; taux: ND (2004)	Nombre: 108000 en ALD dont 11000 nvx; taux: ND (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Qualité de vie
081	*Score de qualité de vie des personnes atteintes d'IRCT sous dialyse*	P	QV-REIN (SF-36)	Proportion de patients ayant une qualité de vie très altérée: score résumé physique: 30%; score résumé mental: 20% (2005)		QV-REIN (KDQoL)	Score moyen (/100) : Symptômes / problèmes: Femmes: 65,5-66,8, Hommes: 69,2-73,0; Effets de la maladie: Femmes: 48,8-55,4, Hommes: 51,5-57,4; Fardeau de la maladie: Femmes: 31,9-37,9, Hommes: 36,2-38,3. (2005-2006)	ND	DREES (2007)	Qualité de vie
081	*Durée médiane d'attente avant greffe*	Cp	REIN	13,4 mois; (1993-1995)	18,2 mois; (2002-2007)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Qualité de vie

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
μ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation

Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
081	*Temps d'accès moyen au centre de dialyse*	Cp	REIN	Moyenne: 20min; Proportion de trajets >45min: 6,0-20,3% selon les régions. (2003)	Moyenne: 24min; Proportion de trajets >45min: 7,5%. (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Qualité de vie
088	*Distribution de l'âge au décès et létalité de la drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite)*	P	Cépi-Dc	Nombre: 711 décès liés, dont 418 en cause initiale distribution entre 1981-2005: 5%décès <1 an; 12,4% entre 1 et 4 ans; 7,5% entre 5 et 9 ans; 25% avant 10ans ; Âge moyen décès: 31 ans entre 2001-2005	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies Rares
088	*Score de qualité de vie*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Maladies Rares
088	*Nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation pour les personnes atteintes de drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite)*	Cp	PMSI	8,8 jours d'hospitalisation/an (2006)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies Rares
088	*Prévalence de la drépanocytose homozygote (ou hétérozygote composite)*	Cp	Données ALD CNAMTS et RSI	7271 personnes en ALD, dénominateur: ND (2006)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies Rares
088	*Dépistage néonataux*	Cp	AFDPHE	242 nouveaux cas, France métro + 71 DOM (2003)	285 nouveaux cas, France métro + 90 DOM (2006)	ND	ND	ND	DREES (2008)	Maladies Rares
090	*Pas d'indicateur défini*									Maladies Rares
057	*Nombre de malades psychotiques en situation de précarité suivis dans le système de soin*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé mentale
057	*Nombre de malades psychotiques en situation de précarité non suivis dans le système de soin*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé mentale
057	*Taux d'admission en ALD 23 (psychose et troubles graves de la personnalité)*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé mentale
059	*Proportion de personnes ayant des troubles dépressifs sans recours aux soins parmi les personnes ayant des troubles dépressifs*	P	Baromètre Santé	12 derniers mois. Ensemble: 62% 66% hommes, femmes 61% (2005)	ND	Enquête Santé Mentale en Population Générale	2 dernières semaines. Ensemble: 40%; Hommes 47% femmes 36% (2003)	ND	DREES (2007)	Santé mentale

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation

Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
059	*Proportion de personnes ayant des troubles anxieux sans recours aux soins parmi les personnes ayant des troubles anxieux*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé mentale
059	*Proportion de personnes ayant des troubles bipolaires sans recours aux soins parmi personnes ayant des troubles bipolaires*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé mentale
060	*Pas d'indicateur défini*									Santé mentale
061	*Pas d'indicateur défini*									Santé mentale
092	*Taux de décès par suicide en population générale*	P	Cépi-Dc	Selon sexe: Tx standardisé (âge): Hommes: 25,1*10^{-5} Hab; Femmes: 8,6*10^{-5}Hab. Selon l'âge: Tx brut: 15-24 ans: 7,6*10^{-5} Hab; Après 74 ans: 36,6*10^{-5} Hab. (2002)	Selon sexe: Tx standardisé (âge): Hommes: 23,6*10^{-5} Hab; Femmes: 8,0*10^{-5}Hab. Selon l'âge: Tx brut: 15-24 ans: 6,7*10^{-5} Hab; Après 74 ans: 33,7*10^{-5} Hab. (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Santé mentale
092	*Fréquence relative des modes de suicide*	P	Cépi-Dc	Pendaisons: 45%; Arme à feu: 16%; Médicaments: 15%; Saut d'un lieu élevé: 7% (2002)	Pendaisons: 46%; Arme à feu: 15%; Médicaments: 16%; Saut d'un lieu élevé: 8% (2005)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Santé mentale
078	*Proportion de femmes déclarant l'existence de « pertes involontaires d'urines » durant depuis moins d'un an / plus d'un an*	P	ESPS (IRDES)	Ensemble: 12,3%. Données sur la durée: ND (2006)	Ensemble: 12,7%. Données sur la durée: ND (2008)	INSERM	Incontinence d'effort: 26,8%; Incontinence avec impériosité: 6,8%; Incontinence mixte: 1,5% (2007)		DREES (2009), DREES (2006)	Personnes âgées
078	*Proportion de femmes à qui une rééducation périnéale est prescrite après un accouchement.*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Personnes âgées
078	*Proportion des femmes de plus de 50 ans à qui une rééducation périnéo-sphinctérienne est prescrite.*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Personnes âgées
099	*Incidence annuelle des chutes ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus*	P	EPAC (InVS)	65 ans et plus. Chutes avec recours aux urgences. Ensemble: 4,8%; Hommes: 3,0%; Femmes: 5,9%. Une hospitalisation concerne 38% des épisodes. (2002)	65 ans et plus. Chutes avec recours aux urgences. Ensemble: 4,5%; Hommes: 3,0%; Femmes: 5,6%. Une hospitalisation concerne 37% des épisodes. (2004)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Personnes âgées

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
099	*Incidence annuelle des chutes déclarées chez les personnes âgées de 65 à 75 ans*	P	Baromètre Santé	23,8% des 65 ans et plus. Femmes: 27,6%; Hommes: 19,9%. (2005)	ND	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Personnes âgées
099	*Taux de mortalité par chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus*	Cp	Cépi-Dc	Tx standardisé (âge pop auropéenne). Ensemble: $36,6*10^{-5}$ Hab; Hommes: $45,2*10^{-5}$ Hab; Femmes: $31,4*10^{-5}$ Hab. (2002)	Tx standardisé (âge pop auropéenne). Ensemble: $44,2*10^{-5}$ Hab; Hommes: $45,5*10^{-5}$ Hab; Femmes: $43,2*10^{-5}$ Hab. (2004)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Personnes âgées
044	*Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes*	P	Cépi-Dc	$7,9*10^{-5}$ Naissances vivantes. (2001-2002)	$6,4*10^{-5}$ Naissances vivantes. (2005-2006)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Santé de la reproduction
044	*Nombre et proportion de décès maternels jugés évitables*	Cp	INSERM U953 (Comité National d'experts sur la mortalité maternelle évitable).	54% (1996-2000)	49,1% (1999-2003)	ND	ND	ND	DREES (2008)	Santé de la reproduction
045	*Taux de mortalité périnatale*	P	INSEE	Métropole: $11,1*10^{-3}$ naissances (2004)	Métropole: $11*10^{-3}$ naissances (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Santé de la reproduction
045	*Taux de mortinatalité*	P	INSEE	Métropole: $8,9*10^{-3}$; DOM: $15,1*10^{-3}$ (2003)	Métropole: $9,3*10^{-3}$ (2007); DOM: $13,9*10^{-3}$ (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Santé de la reproduction
045	*Taux de mortalité néonatale*	P	INSEE	$2,7*10^{-3}$ (2003)	$2,5*10^{-3}$ (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Santé de la reproduction
045	*Taux de mortalité infantile*	Cp	INSEE	$4,0*10^{-3}$ (2003)	$3,8*10^{-3}$ (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Santé de la reproduction
046	*Nombre et taux d'incidence des grossesses extra-utérines*	P	PMSI	Nombre de séjours: 12670; Tx de GEU pour 100 naissances vivantes: 1,6% (2003)	Nombre de séjours: 12910; Tx de GEU pour 100 naissances vivantes: 1,6% (2007)	ND	ND	ND	DREES (2008), DREES (2006)	Santé de la reproduction

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(°)	Valeur B(°) (annee1)	Valuer B(°) (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
047	*Fréquence et distribution de la prématurité (< 28s, 28-30 s, 31-32 s, 33-34 s 35-36 s)*	P	Enquête Nationale Périnatale (ENP)	Au global, 7,2% en comptant les mort-nés. Par rapport aux naissances vivantes, en métropole. 6,3% des naissances sont prématurées et se répartissent telles que: <28SA: 0,3%; 28-30SA: 0,4%; 31-32SA: 0,5%; 33-34SA: 1,2%; 35-36SA: 3,9% (2003)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Santé de la reproduction
047	*Fréquence et distribution des petits poids de naissance (<1 000 g ; 1000-1 499 g, 1500-2499 g)*	P	Enquête Nationale Périnatale (ENP)	Par rapport aux naissances vivantes, en métropole. <1000g: 0,9%; 1000-1499g: 0,6%; 1500-2499g: 6,5% (2003)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Santé de la reproduction
047	*Distribution des scores d'Apgar (< 7, < 4) à 5 mn*	Cp	Enquête Nationale Périnatale (ENP)	Par rapport aux naissances vivantes, en métropole. <4: 0,2%; <7: 0,7% (2003)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Santé de la reproduction
047	*Prévalence à 8 ans des infirmités motrices d'origine cérébrale ; Prévalences des handicaps neurologiques, sensoriels et cognitifs d'origine périnatale*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de la reproduction
077	*Disponibilité de données d'incidence et de prévalence ;*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de la reproduction
077	*Disponibilité d'une évaluation du retentissement sur la qualité de vie*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de la reproduction
077	*Disponibilité de résultats permettant de déterminer un consensus sur les modalités de prise en charge*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de la reproduction
077	*Description des pratiques de prise en charge, déterminants sociaux, déterminants liés à l'offre de soins*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de la reproduction
089	*Fréquence des naissances d'enfants atteints d'une affection d'origine anténatale pour laquelle il n'y a pas eu d'évaluation préalable du risque*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de la reproduction
089	*Ratio du nombre total d'amniocentèses (ou choriocentèses) sur le nombre total de grossesses*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de la reproduction

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (°): Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
089	*Ratio du nombre total d'IMG sur le nombre d'amniocentèses ou choriocentèses*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de la reproduction
089	*Degré de satisfaction des femmes à l'égard de la qualité de l'information reçue sur les différents dépistages des affections anténatales réalisés pendant la grossesse et notamment pour le dépistage de la trisomie 21*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de la reproduction
097	*Fréquence et répartition des méthodes contraceptives utilisées et du recours à la contraception d'urgence (pilule du lendemain) par les femmes de 15 à 49 ans ayant des relations sexuelles et souhaitant éviter une grossesse*	P	Baromètre Santé	Aucune méthode ou pas systématique: 4,6%. Parmi les utilisatrices: Pillule: 58,7%; Autre méthode hormonale: 1,3%; Stérilet: 24,2%; Préservatif masculin: 11,5%; Stérilisation tubaire: 2,0%; Implants, patchs, anneaux: 1,3%, Autres: 1,3%. (2005)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Santé de la reproduction
097	*Taux d'incidence des IVG*	P	DREES	14,6 p.1000 femmes (2004)	14,7 p.1000 femmes (2007)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Santé de la reproduction
097	*Distribution des délais de prise de RV d'IVG*	P	SAE	médiane: 10j; 1e quartile: 8j; 3e quartile: 15j (2003)	médiane: 10j; 1e quartile: 7j; 3e quartile: 15j (2005)	ND	ND	ND	DREES (2007), DREES (2006)	Santé de la reproduction
097	*Ventes de contraceptifs utilisés en contraception d'urgence*	Cp	GERS	811433 boîtes (2003)	1 209 223 boîtes (2008)	ND	ND	ND	DREES (2007)	Santé de la reproduction
097	*Nombre d'unités de contraceptifs d'urgence délivrées dans les pharmacies et les établissements d'enseignement du second degré.*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de la reproduction
079	*Incidence et prévalence des pathologies mammaires bénignes*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé des femmes
079	*Retentissement des pathologies mammaires bénignes et de leur prise en charge sur la qualité de vie*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé des femmes
079	*Suivi des pathologies mammaires bénignes en fonction de la catégorie sociale*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé des femmes
067	*Pas d'indicateur défini*									Santé de l'enfant

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation

Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
091	*Distribution des indices CAO mixte pour les enfants de 6 ans et CAO pour les enfants de 12 ans : moyenne, écart-type, médiane et quartiles; Proportion d'enfants indemnes de caries; Significant Caries Index (CAO ou CAO mixte moyen sur le 1/3 des enfants le*	P	UFSBD	Enfants de 6 ans: CAO mixte: 3,73; Indemnes: 30% (1987); Enfants de 12 ans: CAO: 1,94; Indemnes: 40%; SCI: ND. (1998)	Enfants de 6 ans: CAO mixte: 1,38; Indemnes: 63,4%; Enfants de 12 ans: CAO: 1,23; Indemnes: 56%; SCI: ND. (2006)	ND	ND	ND	DREES (2007)	Santé de l'enfant
091	*Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédant et suivant leurs 6 ans.*	Cp	CNAMTS et RSI	52,8% (2003-2005)	55,5% (2005-2007)	ND	ND	ND	fiche de synthèse	Santé de l'enfant
093	*Taux de mortalité après accident de la vie courante chez les 0-14 ans, par cause*	P	Cépi-Dc	Toutes causes: $2,8*10^{-5}$, RC (sexe masculin): 1,9. Par cause ($*10^{-5}$): Noyade: 0,89; Suffocation: 0,58; Feu: 0,28; Chutes: 0,25; Intox: 0,07; Autres causes: 0,19; Cause non précisée: 0,5. (2002)	Toutes causes: $2,4*10^{-5}$, RC (sexe masculin): 2,0. Par cause ($*10^{-5}$): Noyade: 0,7; Suffocation: 0,43; Feu: 0,34; Chutes: 0,27; Intox: 0,13; Autres causes: 0,13; Cause non précisée: 0,34. (2006)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2007)	Santé de l'enfant
095	*Pas d'indicateur défini*									Santé de l'enfant
096	*Pourcentage d'enfants de 5-6 ans ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan scolaire*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de l'enfant
096	*Pourcentage d'enfants de 5-6 ans ayant été adressés à un professionnel en orthophonie (centre de référence, CMP ou orthophoniste indépendant) parmi les enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan scolaire*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de l'enfant
096	*Nombre d'enfants dans la file active des centres de référence des troubles du langage et part d'enfants adressés par la médecine scolaire, la PMI et par les professionnels libéraux*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de l'enfant
096	*Nombre et proportion d'enfants âgés d'environ 6 ans (fourchette d'âge de 5 à 7 ans) ayant bénéficié d'un bilan orthophonique*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de l'enfant

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(')	Valeur B(') (annee1)	Valuer B(') (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
096	*Nombre d'enfants orientés en CMPP pour des troubles du langage oral et écrit sur avis du médecin scolaire*	Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Santé de l'enfant
068	*Prévalence des difficultés de vision de près sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique déclarées*	P	Enquête décennale Santé (INSEE)	49,5% (2002)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Atteintes sensorielles
068	*Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage spécifique efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de près*	P	Enquête décennale Santé (INSEE)	Utilisation de correction parmi les symptomatiques: 96,2%. Efficacité: 92,4%. (2002)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Atteintes sensorielles
068	*Prévalence des difficultés de vision de loin sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique déclarées*	P	Enquête décennale Santé (INSEE)	16,4% (2002)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Atteintes sensorielles
068	*Proportion des personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage spécifique efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de loin*	P	Enquête décennale Santé (INSEE)	Utilisation de correction parmi les symptomatiques: 96,8%. Efficacité: 90,10%. (2002)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Atteintes sensorielles
068	*Prévalence des difficultés d'audition sans appareillage spécifique déclarées*	P	Enquête décennale Santé (INSEE)	18 ans et plus: 11%; RC (H/F): 1,6. (2002)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Atteintes sensorielles
068	*Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage efficace parmi celles qui déclarent présenter des troubles de l'audition*	P	Enquête décennale Santé (INSEE)	Utilisation de correction parmi les symptomatiques: 19,4%. Efficacité: 56,6%. (2002)	ND	ND	ND	ND	DREES (2006)	Atteintes sensorielles
068	*Prévalence des déficit auditifs (mesurés)*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Atteintes sensorielles
068	*Prévalence des acouphènes*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Atteintes sensorielles
068	*Incidence des traumatismes sonores*	P	ND	ND	ND	ND	ND	ND		Atteintes sensorielles

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (') : Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 3 : Mesures des indicateurs associés aux objectifs sur la période d'évaluation
Classement par thème

N° obj	Indicateurs*	Type**	Source A +	Valeur A + (annee1)	Valeur A+ (annee2)	Source B(°)	Valeur B(°) (annee1)	Valuer B(°) (annee2)	Documents de référenceµ	Thème
033	*Proportion de personnes qui ont renoncé à des soins dentaires ou optiques au cours des 12 derniers mois*	P	ESPS (IRDES)	18 ans et plus: 10%. Si présence d'une couverture complémentaire ou CMUc: 9,1%, si aucune couverture complémentaire: 20,3% (2004)	18 ans et plus: 11,6%. Si présence d'une couverture complémentaire ou CMUc: 11,1%, si aucune couverture complémentaire: 20,2% (2008)	ND	ND	ND	DREES (2009), DREES (2006)	Inégalités de santé
034	*Pas d'indicateur défini*									Inégalités de santé

* : libellés selon propositions du groupe DGS-DREES juillet 2005
** P: indic principal ; Cp: indic complémentaire
+ (°): Sources et données mesurées pour la période d'évaluation
µ : Rapports annuels DREES, fiches experts HCSP, autres

ANNEXE 4 : Scannographie des 100 objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004

EVALUATION DES 100 OBJ DE LA LSP 2004
"SCANNOGRAPHIE" EN DECEMBRE 2009

07/04/2010

N°	Objectif	Objectif prélable	Nature de l'obj	Obj quantifié et/ou indicateur	Indicateur(s) défini(s) LSP	Données de réf	Données période	Objectif evaluable	Evolution en 2009
001	Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt d'ici à 2008)		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	pas de tendance favorable
002	Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance	Estimer la prévalence des usagesà risque ou nocif (entre 2 et 3 millions de personnes selon les données disponibles aujourd'hui) et l'incidence du passage à la dépendance (inconnue)	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	pas de tendance favorable
003	Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	tendance favorable
004	Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel	L'objectif sur le tabagisme passif est à quantifier pour les autrs lieux que les établissemetns scolaires. Il faut construire ou identifier le dispositif de mesure	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
005	Obésité : réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m2) chez les adultes : passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (objectif PNNS).		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	pas de tendance favorable
006	Déficience en iode : réduire la fréquence de la déficience en iode au niveau de celle des pays qui en ont une maîtrise efficace (Autriche, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suisse…) ; réduire la fréquence des goitres : passer de 11,3 % chez les hommes et 14,4 %		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf non	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
007	Carence en fer : diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive, passer de 4 % des femmes en âge de procréer à 3 %, de 4,2 % des enfants de 6 mois à 2 ans à 3 % et de 2 % des enfants de 2 à 4 ans à 1,5 %		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	évaluation inconnue
008	Rachitisme carentiel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carentiel		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	pas de tendance favorable
009	Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25% la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine : passer de 60% pour les ho		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	globalement atteint
010	Faible consommation de fruits et légumes : diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes : passer d'une prévalence de l'ordre de 60 % en 2000 à 45 % (objectif PNNS)		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
011	Excès de chlorure de sodium dans l'alimentation : La réduction du contenu en sodium, essentiellement sous forme de chlorure de sodium (sel) dans les aliments doit être visée pour parvenir à une consommation moyenne inférieure à 8g/personne/jour (la consom		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
012	Obésité : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant (objectif PNNS)	A quantifier	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	globalement atteint
013	Folates dans l'alimentation : diminuer l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural	L'objectif pourra être quantifié après évaluation d'un programme pilote d'enrichissement de la farine panifiable	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf non	en 2008	non évaluable	évaluation inconnue
014	Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail	Améliorer la qualité des dispositifs de prévention des accidents routiers liés au travail Encourager les négociations de branche dans le cadre des accords sur la prévention des risques professionnels	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	globalement atteint
015	Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 h par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
016	Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
017	Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition	Evaluer la faisabilité de l'indentification des cancers d'origine professionnelle dans les registres généraux du cancer Systématisation de la surveillance épidémiologique des travailleurs exposés sur le lieu de travail (renforcement du rôle de l'InVS) Dév	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
018	Habitat : réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l ; passer de 2% en 1996 à 1% en 2008		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
019	Bâtiments publics : réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m3 (valeur guide de l'UE)		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	pas de tendance favorable
020	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, Nox, ozone et particules en particulier) dans les villes (-20 % par rapport à 2002)		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
021	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'inci		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
022	Qualité de l'eau : diminuer par deux d'ici à 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides.		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	tendance favorable
023	Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)	Préciser les estimations de la mortalité (actuellement 150 à 300 décès annuels)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	pas de tendance favorable
024	Bruit : réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveau mesurés en 2002 par diverses institutions (Ministère de l'écologie, INRETS)	Préciser les estimations et évaluer l'impact des actions envisageables	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
025	Qualité de l'eau : réduire de 50 % l'incidence des légionelloses	Préciser les estimations pour tenir compte des cas méconnus et de la sous-déclaration	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable
026	Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène de 10% à 7% d'ici à 2008		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	2008	évaluable	tendance favorable
027	Réduire la fréquence des évènements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008.		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	pas de tendance favorable
028	Réduire d'1/3 la fréquence des évènements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire	Disposer des données épidémiologiques nationales sur la iatrogénie globale par la mise en œuvre à intervalle régulier d'une étude portant sur le risque iatrogène global	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
029	Réduire les doses d'irradiation individuelles et collectives liées aux expositions médicales à visée diagnostique, en renforçant la justification des indications et l'optimisation des pratiques	Actualiser les connaissances sur le nombre et la fréquence des examens radiologiques et sur les doses délivrées aux personnes exposées	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
030	Maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour : S. pneumoniae (réduction du taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline G -CMI > 0,06mg/l- de 52 % [2001] à moins de 30 %, avec moins de 5 % de souches résis		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	tendance favorable
031	Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement dispos permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la pri	Disposer de la prévalence actuelle pour évaluer l'importance des efforts nécessaires, même si l'objectif est exprimé en termes absolus à partir d'une estimation grossière de moins de 50% des douleurs prévenues actuellement	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	évaluable	partiellement atteint
032	Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie.	Améliorer la connaissance épidémiologique et physiopathologique de ces douleurs ; développer des stratégies de préise en charge appropriées et évlauer leur efficacité	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	non prévu	non évaluable	évaluation inconnue

EVALUATION DES 100 OBJ DE LA LSP 2004
"SCANNOGRAPHIE" EN DECEMBRE 2009

07/04/2010

N°	Objectif	Objectif prélable	Nature de l'obj	Obj quantifié et/ou indicateur	Indicateur(s) défini(s) LSP	Données de réf	Données période	Objectif evaluable	Evolution en 2009
033	Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU	Analyser les conséquences d'une effet "seuil" lié aux revenus sur le recours aux soins	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable
034	Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans	Identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liéesà l'origine	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	évaluation inconnue
035	Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles (3.6% des personnes âgées de 5 ans et plus en population générale selon l'enquête HID, personnes ayant répondu au module de l'indicateur de Katz)	Construire un outil spécifique, sensible au changement et utilisable en routine pour repérer et décrire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité qu'elles induisent, en population générale comme dans les populations particulières (rég	Rés santé	Quantifiable	Indicateur non	réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
036	Infection VIH – Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	globalement atteint
037	Hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008.		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf non	en 2009	non évaluable	évaluation inconnue
038	Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	globalement atteint
039	Grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50 %), professionnels de santé (actuellement 21 %), personnes agées de 65 ans et plus (actuellement 65 %) d'ici		Activité procéd	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable
040	Maladies diarrhéiques : diminuer de 20 % d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 c		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	globalement atteint
041	Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2	Maintien et amélioration de la surveillance épidémiologique des IST	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	pas de tendance favorable
042	Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux ages appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %)	Améliorer le suivi du taux de couverture vaccinale dans les populations à risque et aux âges clés	Activité procéd	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	partiellement atteint
043	Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100 % des femmes à risque d'ici à 2008	Evaluation d'un programme pilote	Activité procéd	Quantifiable	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable*	pas de tendance favorable
044	Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne : passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
045	Réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable
046	Grossesses extra-utérines : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité	Mesurer la fréquence des complications responsables d'infertilité selon les modes de prise en charge	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	Non évaluable	évaluation inconnue
047	Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme	Repérage et mesure de la fréquence des situations périnatales à l'orignie de handicaps à long terme Enquête de cohorte sur l'apparition et l'évolution du handicap à long terme chez les enfants exposés à un risque périnatal	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
048	Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	tendance favorable
049	Toutes tumeurs malignes : contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidiscplinaire et coordonnée pour 100 % des patients.	Estimation de la fréquence actuelle des prises en charge multidisciplinaires et coordonnées	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
050	Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers depistes chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans	Estimation en cours du pourcentage de cancers dépistés à un stade avancé	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
051	Cancer de la peau, mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome	Connaissance de la situation actuelle	Activité procéd	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
052	Cancer de la thyroïde : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens	Fournir un état de référence national de l'épidémiologie des cancers thyroïdiens et tester un système de surveillance (avant généralisation à d'autres cancers)	Activité procéd	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable*	pas de tendance favorable
053	Cancer colo-rectal : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage	Poursuivre les expérimentations de dépistage organisé du cancer colo-rectal dans 20 départements et les évaluer	Activité procéd	Non quantif	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	globalement atteint
054	Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS et l'ANAES pour 80 % des diabétiques en 2008 (actuellement 16 à 72 % selon le type d'examen complémentaire)		Activité procéd	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
055	Diabète : Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardio-vasculaires	Dispositif de mesure de la fréquence et de la gravité des complications du diabète	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	pas de tendance favorable
056	Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
057	Psychoses délirantes chroniques : diminuer de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité.	Estimer le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
058	Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs	Estimer le taux de rétention en traitement de substitution	Activité procéd	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	partiellement atteint
059	Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20% le nombre de personnes presentant des troubles bipolaires, dépressifs ou nevrotiques non reconnus.	Développer et valider des instruments de dépistage	Activité procéd	Quantifiable	Indicateur oui	Réf non	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
060	Troubles bipolaires, dépressifs et nevrotiques : augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou nevrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique	Développer et valider des instruments de dépistage	Activité procéd	Quantifiable	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
061	Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles nevrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'	Construire un dispositif et des outils de mesure de l'exclusion sociale	Déterm facteur	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
062	Épilepsie : prévenir les limitations cognitives et leurs conséquences chez les enfants souffrant d'une épilepsie	Etude quantifiant l'impact global de la maladie sur le développement cognitif chez l'enfant	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
063	Maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients	Mesurer la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les malades et leurs proches	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
064	Maladie de Parkinson : retarder la survenue des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité sévères chez les personnes atteintes	Définition des critères de sévérité	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
065	Sclérose en plaques : pallier les limitations fonctionnelles induites par la maladie	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité associées	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
066	Dépister et traiter conformément aux recommandations en vigueur 80% des affections systémiques induisant des complications ophtalmologiques		Activité procéd	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable

EVALUATION DES 100 OBJ DE LA LSP 2004
"SCANNOGRAPHIE" EN DECEMBRE 2009

07/04/2010

N°	Objectif	Objectif prélable	Nature de l'obj	Obj quantifié et/ou indicateur	Indicateur(s) défini(s) LSP	Données de réf	Données période	Objectif evaluable	Evolution en 2009
067	Atteintes sensorielles chez l'enfant : assurer un dépistage et une prise en charge précoces de l'ensemble des atteintes sensorielles de l'enfant, (notamment dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité ou au plus tard avant l'âge de un an	Compléter la connaissance épidémiologique des atteintes sensorielles de l'enfant, des modalités et résultats des dépistages existants Définir ou réactualiser des recommandations pour les dépistages sensoriels (âge des dépistages, contenu de l'examen) aux	Activité procéd	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
068	Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associée	Améliorer la connaissance des circonstances d'exposition à des traumatismes sonores aigus et répétés ; définir des protocoles et dispositifs de dépistage rapide en médecine du travail et de ville ; dresser un état des conséquences des atteintes sensoriell	Activité procéd	Non quantif	Indicateur oui	Réf oui	non prévu	non évaluable	évaluation inconnue
069	Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires : cardiopathies ischémiques : de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes d'ici à 2008 ; thromboses veineuses profondes : de 15 % d'ici à 2008.		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	globalement atteint
070	Hypercholestérolémie : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53 g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de		Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	globalement atteint
071	Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008	Définir les conditions d'échantillonnage et de mesure permettant d'estimer la distribution de la pression artérielle de façon fiable et reproductible	Déterm facteur	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
072	Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC	La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HID, PMSI)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
073	Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque	La quantification des objectifs pour les AVC et les insuffisances cardiaques suppose une exploration préalable des données disponibles (HID, PMSI)	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	partiellement atteint
074	Asthme : réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an)		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
075	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie.	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles, des restrictions d'activité associées et des conséquences sur la qualité de vie	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
076	Réduire le retentissement des mici sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes	Mesurer la qualité de vie des personnes malades	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
077	Endométriose : augmenter la proportion de traitements conservateurs.	Disposer de données fiables sur l'incidence, la prévalence de l'endométriose, sur son retentissement sur la qualité de vie et sur la place respective des différents modes de prise en charge	Activité procéd	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
078	Incontinence urinaire et troubles de la statique pelvienne chez la femme : réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable
079	Pathologies mammaires bénignes chez la femme : réduire le retentissement des pathologies mammaires bénignes sur la santé et la qualité de vie des femmes	Disposer de données d'incidence et de prévalence des différentes pathologies mammaires bénignes et d'une évaluation de la qualité de vie des femmes souffrant de ces pathologies	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
080	Stabiliser l'incidence de l'insuffisance renale chronique terminale d'ici à 2008 (actuellement 112 par million)		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	globalement atteint
081	Réduire le retentissement de l'insuffisance rénale chronique sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse	Mesurer la qualité de vie des personnes malades et identifier les problèmes sociaux associés	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
082	Ostéoporose : réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus.)		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	tendance favorable
083	Polyarthrite rhumatoïde : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité associées	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
084	Spondylarthropathies : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par les spondylarthropathies	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité associées	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
085	Arthrose : réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites	Dispositif de mesure des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité associées	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
086	Lombalgies : réduire de 20% en population générale la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle d'ici 2008	Enquête sur la fréquence des lombalgies et des limitations fonctionnelles induites	Rés santé	Quantifiable	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
087	Arthrose : améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose	Connaître la distribution actuelle des indicateurs de qualité de vie chez les personnes souffrant d'arthrose	Rés santé	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
088	Réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	pas de tendance favorable
089	Améliorer l'accès à un dépistage et à un diagnostic antenatal respectueux des personnes	Estimer la fréquence actuelle des naissances d'enfants atteints d'une affection d'origine anténatale pour laquelle il n'y a pas eu d'évaluation préalable du risque	Activité procéd	Non quantif	Indicateur oui	Réf non	non prévu	non évaluable	évaluation inconnue
090	Maladies rares : assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge	Définir les critères opérationnels de l'équité	Activité procéd	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
091	Réduire de 30 % d'ici à 2008 l'indice CAO mixte moyen (valeur estimée) à l'âge de 6 ans (de 1,7 à 1,2) et l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (de 1,94 à 1,4)		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
092	Suicide : réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an)		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
093	Traumatismes non intentionnels dans l'enfance : réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	évaluable	tendance favorable
094	Traumatismes liés à la violence routière : réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	en 2008	évaluable	partiellement atteint
095	Traumatismes intentionnels dans l'enfance : définition d'actions de santé publique efficaces	Réunir l'ensemble des connaissances scientifiques nécessaires	Activité procéd	Non quantif	Indicateur non	Réf non	sans objet	non évaluable	évaluation inconnue
096	Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et ecrit	Evaluation des résultats obtenus par le plan triennal interministériel	Activité procéd	Non quantif	Indicateur oui	Réf non	non prévu	non évaluable	évaluation inconnue
097	Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours	Améliorer les connaissances relatives à l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG	Activité procéd	Non quantif	Indicateur oui	Réf oui	en 2009	non évaluable*	pas de tendance favorable
098	Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000-400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000		Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
099	Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008	Améliorer les connaissances relatives aux circonstances, facteurs déterminants des chutes, notamment en institution	Rés santé	Quantifiable	Indicateur oui	Réf oui	après 2009	non évaluable	évaluation inconnue
100	Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées	Préciser la fréquence, les type et les circonstances des prescriptions inadaptées	Activité procéd	Quantifiable	Indicateur non	Réf oui	sans object	non évaluable	évaluation inconnue

ANNEXE 5 : Responsables des groupes de travail

Groupe	Thématique	Responsables des groupes
1	addictions	Pierre POLOMENI et Patrick PERETTI-WATEL
2	nutrition	Serge HERCBERG
3	environnement/santé et santé/travail	Denis ZMIROU et Pierre VERGER
4	risques liés aux soins	Pierre CZERNICHOW
5	maladies infectieuses	François BRICAIRE, Catherine LEPORT et Jean-Paul BOUTIN
6	santé de la mère et de l'enfant	Nelly DEQUIDT et Martine HUOT-MARCHAND
7	maladies cardiovasculaires et métaboliques	Yves LE CARPENTIER
8	santé mentale	Guy GOZLAN
9	neurologie	François BOURDILLON
10	qualité de vie	Serge BRIANCON et Elisabeth SPITZ
11	rhumatologie	Hélène GRANDJEAN
12	vieillissement	Franck LE DUFF
13	inégalités de santé sociales et territoriales	Thierry LANG
14	cancers	Franck CHAUVIN
15	maladies rares	Anne TURZ et Bernard PERRET
16	maladies respiratoires	Laure COM-RUELLE
17	atteintes sensorielles	Alain TRUGEON et Marcel GOLDBERG
18	traumatismes, violences routières	Bernard SIANO et Mireille CHIRON
19	santé de la reproduction	Marie-Hélène BOUVIER-COLLE
20	santé sexuelle	Eric BILLAUD
	indicateurs manquants	Chantal CASES
	systèmes d'information	Marcel GOLDBERG

ANNEXE 6 : Le Haut Conseil de la Santé publique

Collège

Personnalités qualifiées

Marc Eloit
Marie-Alix Ertzscheid
Anne Laude
Stéphane Le Bouler
Catherine Le Galès
Isabelle Momas (vice-présidente)
Roger Salamon (président)
Fernand Sauer
Anne Tallec
Anne Tursz

Représentants des Membres de droit

Hubert Allemand (Union nationale des caisses d'assurance maladie)
Michel Bourguignon (Autorité de sûreté nucléaire)
Etienne Caniard (Haute Autorité de santé)
Alexandra Fourcade (Direction générale de l'Offre de soins)
Benoît Lesaffre (Direction générale de la Santé)
Lucille Olier (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)
Anne-Marie Tahrat (Direction générale de la cohésion sociale)

Commissions spécialisées

Commission spécialisée Maladies transmissibles (CSMT)

Personnalités qualifiées

Edouard Bingen
Jean-Paul Boutin (vice-président)
François Bricaire
Emmanuel Camus
Fabrice Carrat
Céline Cazorla
Christian Chidiac
Pierre Foucaud
Dominique Gendrel
Jean-François Guégan
Sylvie Larnaudie
Catherine Leport
Nicole Pasteur
Hélène Peigue-Lafeuille
Christian Perronne (président)
Pierre Pothier
François Puisieux
Carole Swan
Patrick Zylberman

Membres de droit

Bertrand Xerri (Institut de veille sanitaire)
Christine Jestin (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)
Marie-Christine Favrot (Agence française de sécurité sanitaire des aliments)
Pascale Maisonneuve (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé)

Commission spécialisée Maladies chroniques (CSMC)

Personnalités qualifiées

Jean-Marie André
Rémy Bataillon
Bernard Bioulac
François Boué
Serge Briançon (vice-président)
Laure Com-Ruelle
Hélène Fagherazzi-Pagel
Guy Gozlan
Hélène Grandjean
Isabelle Grémy
Jacques Hugon
Claude Jeandel
Jean-François Mathé
Alfred Penfornis
Philippe Ravaud
Brigitte Sandrin-Berthon (présidente)
Bernadette Satger
Jean Sengler
Elisabeth Spitz
Alain Vergnenègre

Membres de droit

Christine Bara (Institut national du cancer)
Juliette Bloch (Institut de veille sanitaire)
Sophie de Chambine (Haute autorité de santé)
Cécile Fournier (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)
Christian Jacquelinet (Agence de la biomédecine)
Michèle Le Fol (Direction générale de la cohésion sociale)
André Morin (Haute autorité de santé)
Marie-Hélène Rodde-Dunet (Institut national du cancer)
Pascale Maisonneuve (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé)
Stéphanie Portal (Direction générale de la santé)

Commission spécialisée Risques liés à l'environnement (CSRE)

Personnalités qualifiées

André Aurengo
Thomas Barnay
Serge Boarini
Patrick Brochard
Claude Casellas
Mireille Chiron

Sylvie Crauste-Manciet
Bruno Fouillet
Emmanuel Henry
Yvon Le Moullec
Francelyne Marano
Christophe Paris
Jacques Puch
Jean-Louis Roubaty
René Seux
Pierre Verger (vice-président)
France Wallet
Denis Zmirou-Navier (président)

Membres de droit

Delphine Girard (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)
Jean-René Jourdain (Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire)
Jean-Nicolas Ormsby (Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail)
Nathalie Pires (Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire)
Pascale Robineau (Agence française de sécurité sanitaire des aliments)
Georges Salines (Institut de veille sanitaire)
Isabelle Tordjman (Institut national du cancer)

Commission spécialisée Sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques (CSSP)

Personnalités qualifiées

Antoine Andremont
Robert Anton
Elisabeth Bouvet-Koskas
Rémy Collomp
Pierre Czernichow
Jacques-Christian Darbord
Michel Dupon
Jean-François Gehanno
Bruno Grandbastien (président)
Dominique Grimaud
Joseph Hajjar
Philippe Hartemann
Dominique Le Bœuf
Régine Léculée
Chantal Léger
Sylvie Legrain
Alain Lepape
Jean-Christophe Lucet
Sanaa Marzoug
Philippe Michel (vice-président)
Dominique Orphelin
Marie-Laure Pibarot
Bruno Pozzetto
Christian Rabaud
Jean-Hugues Trouvin
Philippe Vanhems

Membres de droit

Anne Broyart (Haute autorité de santé)

Bruno Coignard (Institut de veille sanitaire)
Hervé Creusvaux (Agence de biomédecine)
Philippe de Micco (Etablissement français du sang)
Sophie Fégueux (Direction générale de la santé)
Jean-René Jourdain (Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire)
Emmanuelle Le Lay (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)
Pascale Maisonneuve (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé)
Vanessa Van Rossem Magnani (Direction générale de l'Offre de soins)
Céline Moty-Monnereau (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)
Michèle Perrin (Direction générale de l'offre de soins)

Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé (CSPEPS)

Personnalités qualifiées

Paolo Antonelli
Carole Baeza
François Baudier
Eric Billaud
François Bourdillon
Marie-Hélène Bouvier-Colle (vice-présidente)
Denis Caillaud
Pierre Chauvin
Dominique Combret
Marie-Josée Couteau
Véronique de la Source
Michel Debout
Nelly Dequidt
Jean-François Duhamel
Laurence Fond-Harmant
Olivier Ganry
Marcel Goldberg
Sophie Guillaume
Virginie Halley des Fontaines
Serge Hercberg
Martine Huot-Marchand
Thierry Lang
Franck Le Duff
Yves Lecarpentier
Patrick Peretti-Watel
Pierre Poloméni
Monique-Marie Rousset
Bernard Siano
Jean-François Toussaint (président)
Alain Trugeon

Membres de droit

Philippe Guilbert (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)
Dominique Bessette (Institut national du cancer)

Commission spécialisée Évaluation, stratégie et prospective (CSESP)

Personnalités qualifiées

Jean-Claude André
Marie-Odile Carrère

Chantal Cases (vice-présidente)
Yves Charpak
Franck Chauvin
Bertrand Dargelos
Benoît Dervaux
Eric Jougla
Alain Letourmy
Gérard Parmentier
Bernard Perret
Roland Sambuc (président)
Marie-Paule Serre
Emmanuel Vigneron

Membres de droit

Pierre Arwidson (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)
Sandrine Danet (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)
Michel Depinoy (Institut de veille sanitaire)
Marianne Deschênes (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé)
Alain Fontaine (Direction générale de la santé)
Martine Lequellec-Nathan (Institut national du cancer)
Carole Monnin Parietti (Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire)
Jean-Nicolas Ormsby (Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail)
Catherine Rumeau-Pichon (Haute autorité de santé)
Tanareh Shojaei (Agence de la biomédecine)
Jean-Luc Volatier (Agence française de sécurité sanitaire des aliments)

Secrétariat général

Renée Pomarède (secrétaire générale)

Chargés de mission

Gérard Badéyan
Paule Deutsch
Geneviève Guérin
Brigitte Haury
Corinne Le Goaster
Claudine Le Grand
Roberte Manigat
Béatrice Tran

Internes de santé publique
Arnaud Fouchard,
Aurélie Fourcade (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

ANNEXE 7 : Personnes auditionnées

Santé – travail :

Jean-Jacques ATAIN-KOUADIO, INRS (troubles musculo-squelettiques)
Jack BERNON, ANACT (Accompagnement des entreprises)
Pierre CANETTO, INRS (Bruit)
Michel HERY, INRS (CMR)
Mireille JARRY et Yvan DENION, Direction générale du travail (Plan santé - travail)
Claude ROUY, Délégation interministérielle à la sécurité routière (accidents routiers mortels)

Santé – environnement :

Didier CHE - InVS, DMI (légionelloses)
Vincent DELPORTE, DPPR- MEDAD (émissions polluantes)
Claire GRISEZ - Direction eau – MEDAD (eaux, pesticides)
Frédéric LE RALLIER – DGS, bureau environnement extérieur (bruit)
Nathalie MARTINEZ - ADEME Vallebonne (pollution atmosphérique)
Claire NOGUERA - DPPR- MEDAD (légionelles)
Marc RICO - DPPR – MEDAD (pollution atmosphérique)
Odile SANQUER- ADEME Angers (émissions polluantes)
Charles SAOUT – DGS, bureau qualité des eaux (eau)
Philippe TUPPIN – InVS, DMC (intoxication au CO)
Pascal VALENTIN - Mission Bruit, DPPR – MEDAD (bruit)

Maladies infectieuses :

Jean-Michel AZANOWSKY – DGS, sous-direction du risque infectieux (résistance aux antibiotiques)
Laurence CATE, Frédérique DELATOURr, Thierry TROUSSIER – DGS, sous-direction du risque infectieux (VIH, Sida, infections sexuellement transmissibles)
Daniel DHUMEAUX, Comité stratégique hépatites virales (hépatites)
Julien EMMANUELLI –MILDT (toxicomanie)
Anne-Marie JULLIEN-DEPRADEUX – DGS, sous-direction du risque infectieux (hépatites)
Christine LARSEN - InVS, département des maladies infectieuses (hépatites)
Caroline SEMAILLE – InVS, département des maladies infectieuses (sida – hépatites)

Maladies neurologiques :

Catherine LUBETZKI - AP-HP (Pitié-Salpétrière)
Alain FRANCO - CHU Grenoble
Philippe ROBERT - CHU Nice
Jean-François DARTIGUES - CHU Bordeaux
Joël MENARD - Paris V
Philippe AMOUYEL - CHU Lille
Benoît LAVALLARD - Mission de suivi Alzheimer
Juliette BLOCH - InVS
Nicolas DUPORT - InVS
Denis RAYNAUD - Drees
Bruno VELLAS - CHU Toulouse
Florence PASQUIER - CHU Lille
Marc FREYSZ - SFMU (médecine d'urgence) et SFAR
France WOIMANT - SFNV (neuro-vasculaire)
Maurice GIROUD - SFN (neurologie)
Jacques PELISSIER - SFMR (médecine et réadaptation)
Marc VERNY - SFGG (gériatrie et gérontologie)
Pierre CESARO - AP-HP (Henri Mondor)

Annick ALPEROVITCH - AP-HP (Pitié-Salpêtrière)
Pierre CARLI - SFAR
Danielle CULLET - DHOS
Dominique FLETCHER - SFAR
Godefroy HIRSCH - SFAP
Muriel RAINFRAY - CHU Bordeaux
Olivier DULAC - AP-HP (Necker)

Maladies métaboliques

Pascale DHOTE-BURGER - DGS/MC3
Michel CHAULIAC - DGS/EA3
Christian JACQUELINET - ABM
André MORIN - HAS

Maladies respiratoires

Christos CHOUAID - AP-HP (Saint-Antoine)
Marie-Christine DELMAS - InVS
Claire FUHRMAN - InVS
Jocelyne JUST - AP-HP (Trousseau)
Jean-Claude ROUSSET - FFAAIR
Sergio SALMERON - CH Saint-Joseph
Pierre SCHEINMANN - AP-HP (Necker)
Lydia VALDES - DGS/MC3

Qualité de vie

Albert BENSMAN - SFNP
Pascal AUQUIER - AP-HM
de PERETTI Christine - InVS
Chantal DUFRESNE - Association. François Aupetit
Liana EULLER-ZIEGLER - SFR
Luc FRIMAT- SFN
Jenny HIPPOCRATE - APIPD
Patricia JEANVILLE - SOS-GLOBI
Marc LEHMANN - SNFG
Alain LEPLEGE - Université Paris VII
Aïcha LY - SOS-GLOBI
Alain OLYMPIE - Association François Aupetit
Anne-Christine RAT - CHU Nancy
Christian-Hubert ROUX - SFR
Jean-Philippe RYCKELYNCK - SFN
Gil TCHERNIA - CIDD PARIS
Lydia VALDES - DGS/MC3

Santé mentale

Bernard BASSET - INPES
Emmanuelle BAUCHET - DGS/MC4
Jean-Pierre COUTERON - ANIT
Jean-Michel DELILE - CEID
Claude (Mme) FINKELSTEIN - Fna Psy
Olivier LEHEMBRE - Fédération française de psychiatrie
Nadine RICHARD - DGS/MC4
Chantal ROUSSY - UNAFAM
Stéphanie WOOLEY - France Dépression